

Zürcher Hochschule  
für Angewandte Wissenschaften



Bachelorarbeit

# Auswirkungen von ergotherapeutischen Gruppentherapien im Fachbereich Psychiatrie

## Ein integratives Literaturreview

---

Johansen Tanja, 12-478-962

Kurmann Jennifer, 12-479-085

|                               |                                  |
|-------------------------------|----------------------------------|
| <b>Departement:</b>           | <b>Gesundheit</b>                |
| <b>Institut:</b>              | <b>Institut für Ergotherapie</b> |
| <b>Studienjahr:</b>           | <b>2012</b>                      |
| <b>Eingereicht am:</b>        | <b>30.04.2015</b>                |
| <b>Betreuende Lehrperson:</b> | <b>Kim Roos</b>                  |

## Inhalt

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Abstract.....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>1. Einleitung .....</b>   | <b>4</b>  |
| 1.1. Problemstellung und Relevanz für die Praxis .....                     | 4         |
| 1.2. Theoretischer Hintergrund.....  | 6         |
| 1.3. Zielsetzung.....  | 9         |
| 1.4. Fragestellung.....  | 10        |
| <b>2. Methode.....</b>   | <b>10</b> |
| <b>3. Ergebnisse .....</b>   | <b>13</b> |
| 3.1. Kurzbeschreibung der Hauptstudien.....                                | 15        |
| 3.2. Ergebnisse der Hauptstudien in Sets .....                             | 20        |
| 3.3. Betätigungsbasierung und Betätigungsfokussierung in den Studien ..... | 24        |
| 3.4. Kritische Würdigung der Hauptstudien.....                             | 25        |
| <b>4. Diskussion .....</b>   | <b>28</b> |
| 4.1. Diskussion anhand der Sets .....                                      | 28        |
| 4.2. Stärken des Reviews .....   | 35        |
| 4.3. Limitationen des Reviews.....   | 35        |
| <b>5. Schlussfolgerung .....</b>   | <b>36</b> |
| <b>6. Quintessenz .....</b>  | <b>37</b> |
| <b>Verzeichnis .....</b>   | <b>38</b> |
| Literaturverzeichnis.....  | 38        |
| Abbildungsverzeichnis.....   | 41        |
| Tabellenverzeichnis .....  | 41        |
| <b>Wort- und Zeichenzahl .....</b>   | <b>42</b> |
| <b>Danksagung.....</b>   | <b>42</b> |
| <b>Eigenständigkeitserklärung.....</b>                                     | <b>43</b> |
| <b>Anhang.....</b>   | <b>44</b> |
| Glossar .....  | 44        |
| Suchprotokolle der Studierenden .....                                      | 51        |
| Die 126 Inkludierten Studien nach dem ersten Selektionsprozess.....        | 67        |
| EMED-Format .....  | 79        |

### Bemerkungen

Aufgrund der besseren Lesbarkeit werden in dieser Arbeit die Begriffe Therapeut und Klient/Teilnehmer mehrheitlich in ihrer männlichen Form verwendet. Die weibliche Form ist jeweils inkludiert. Im Glossar werden Fachbegriffe erklärt, welche nicht bereits im Text erläutert werden. Bei erstmaligem Erscheinen sind diese mit ° gekennzeichnet. Wörter und Ausdrücke, für die es keine sinngemässe Übersetzung ins Deutsche gibt, sind Englisch kursiv geschrieben. Als „Verfasserinnen“ werden die Autorinnen dieses Reviews bezeichnet. Der Begriff „Autor/en“ wird für die Autoren aus den analysierten Studien verwendet.

## **Abstract**

### **Darstellung des Themas**

Ergotherapeutische Gruppentherapie im Fachbereich Psychiatrie ist eine gängige, weit verbreitete Interventionsart. Es besteht jedoch die Notwendigkeit die Auswirkungen solcher ergotherapeutischen Gruppentherapien anhand von Evidenz nachzuweisen. Daher wurde ein integratives Review verfasst.

### **Ziel**

Das Ziel dieses Reviews ist die Auswirkung von ergotherapeutischen Gruppentherapien auf die Betätigung im Alltag der Klienten und/oder die sozialen Interaktionsfertigkeiten im Fachbereich Psychiatrie anhand bestehender Literatur aufzuzeigen.

### **Methode**

Eine systematische Literaturrecherche wurde in ausgewählten Datenbanken mit definierten *Keywords* durchgeführt. 5 Hauptstudien wurden durch die Ein- und Ausschlusskriterien identifiziert, mittels EMED-Format zusammengefasst und bewertet. Zur Darstellung eines Konsenses wurden die Ergebnisse der Studien anhand von Sets dargelegt.

### **Ergebnisse**

Die 5 Hauptstudien zeigen in ihren Ergebnissen positive Veränderung in den Bereichen der Betätigung, der sozialen Beziehungen, in verschiedenen spezifischen Fertigkeiten und dem Selbstwert auf. Auch die Kontextfaktoren stellen einen wichtigen Anteil der Studienergebnisse dar.

### **Schlussfolgerung**

Dieses Review zeigt auf, dass ergotherapeutischen Gruppentherapien im psychiatrischen Setting eine positive Auswirkung in den Bereichen der Betätigung sowie der sozialen Interaktionsfertigkeiten haben. Aufgrund vorliegender Evidenz wird daher eine betätigungsbasierte und/oder –fokussierte Gruppenintervention empfohlen. Auch Training von sozialen Fertigkeiten weisen eine gute Evidenz auf. Durch die nur sehr geringe Anzahl vorhandener Studien erschliesst sich ein weiterer Forschungsbedarf.

Keywords: Group, Occupational Therapy, Effects, Mental Health

## 1. Einleitung

### 1.1. Problemstellung und Relevanz für die Praxis

Laut einer Umfrage des ErgotherapeutInnen Verbandes Schweiz bei Berufspraktikern (Christopher & Weise, 2014) besteht die Notwendigkeit, den Kostenträgern gegenüber die Wirksamkeit von Therapien nachzuweisen. Dies gilt im Besonderen für Gruppentherapien. Aufgrund fehlender Belege für die Wirksamkeit von ergotherapeutischen Gruppentherapien werden solche, vor allem im Fachbereich Psychiatrie, von Kostenträgern immer häufiger abgelehnt. Das Fehlen von Evidenz<sup>o</sup> liegt einerseits am Forschungsmangel und andererseits vielfach an der spärlich vorhandenen Zeit von Berufsleuten für die Literatursuche. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die administrativen Aufgaben zunehmen (Christopher & Weise, 2014). Laut dem Berufskodex für ErgotherapeutInnen (ErgotherapeutInnen Verband Schweiz, 2011) müssen diese ihre Behandlungen auf Erkenntnisse aus aktueller wissenschaftlicher Forschung stützen. Da es nach aktuellem Wissenstand noch kein Review zum Thema der „Auswirkung von ergotherapeutischen Gruppentherapien im Fachbereich Psychiatrie auf Betätigungen im Alltag der Klienten und/oder ihre sozialen Interaktionsfertigkeiten“ existiert, soll mit dieser Arbeit diese Lücke geschlossen werden.

Ein wichtiger Punkt, der für Forschung im Gebiet der Psychiatrie spricht, ist die Tatsache, dass in der Schweiz jede sechste Person von psychischen Störungen betroffen ist (Schuler & Burla, 2012). Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten und einschränkendsten überhaupt. Zu den häufigsten psychiatrischen Diagnosen gehören in der Schweiz die affektiven Störungen (unter anderem und vor allem Depression), Angststörungen und Schizophrenie (Ajdacic-Gross & Graf, 2003). Die Dringlichkeit der Schliessung der Forschungslücke unterstreichen zudem folgende Erkenntnisse. Laut Haglund, Ekbladh, Thorell und Hallberg (2000) hat die Zahl der Ergotherapeuten im Arbeitsfeld Psychiatrie in den USA und Schweden abgenommen. Denkbare Gründe dafür sind das Fehlen eines klaren Ziels für die Ergotherapie in der Psychiatrie sowie die spärlichen wissenschaftlichen Publikationen in diesem Gebiet. Dies kann bei den Ergotherapeuten ein Gefühl von Unsicherheit auslösen. Die Autoren haben in einer Umfrage über Clinical Reasoning<sup>o</sup> festgestellt, dass 75% der teilnehmenden Ergotherapeuten aus dem Fachbereich der

Psychiatrie ( $n=334$ ) ihre Therapien auf Theorien und Modelle aus anderen Wissenschaften stützen. Am meisten verbreitet war der psychosoziale Ansatz zur Begründung der eigenen Therapie. Die Autoren empfehlen, dass der Ergotherapeut sein Clinical Reasoning mehr auf Modelle und Theorien aus dem eigenen Fachgebiet stützen soll.

Ward (2003) betont die Wichtigkeit des Clinical Reasoning Prozesses für Ergotherapeuten im Fachbereich der Psychiatrie. Ergotherapeuten arbeiten mit verschiedenen Gruppensettings mit unterschiedlichen Zielen. Ergotherapie im Fachbereich Psychiatrie ist sehr komplex und erfordert deshalb explizites Clinical Reasoning im Sinne von Verständnis und Begründung der interaktiven Gruppenprozesse (interaktives Reasoning°). Ergotherapeuten haben schon immer mit Gruppen gearbeitet und gerade in Zeiten finanzieller Einschränkungen wird dies weiterhin der Fall sein (pragmatisches Reasoning°).

Nach der Studie von Ashby, Ryan, Gray und James (2013) stellt die Ergotherapie einen Schlüsselpunkt in der Psychiatrie dar. Jedoch wird von vielen Ergotherapeuten eine Herausforderung der professionellen Identität im psychiatrischen Setting wahrgenommen. Dies führt zu Aufrechterhaltungs- und Beschaffungsproblemen von ergotherapeutischem Personal. Einen Weg, mit dieser Herausforderung umzugehen, beschreibt die Studie mit der Entwicklung der professionellen Belastbarkeit. Die Qualität der professionellen Belastbarkeit geht aus der professionellen Selbstfürsorge hervor und ist essentiell für jede Person, die im Gesundheitswesen arbeitet. Zudem hat die Studie festgestellt, dass viele Ergotherapeuten frustriert sind, da sie von anderen Disziplinen für ihre betätigungsbasierten Therapieformen zu wenig respektiert werden. Dies wiederum stellt die professionelle Identität vor eine Herausforderung. Findet der Therapeut Strategien, welche seine professionelle Belastbarkeit unterstützen, festigt er dadurch auch seine professionelle Identität. Damit kann er die betätigungsbasierte Therapieform anderen gegenüber verdeutlichen. Dies hilft dem Ergotherapeuten in der Interaktion mit verschiedenen Disziplinen mit den angespannten Verhältnissen zurechtzukommen. Auch Reid, Farragher und Ok (2013) zeigen auf, dass eine gestärkte Identität und die damit verbundene Aufmerksamkeit das Wohlbefinden und sogar die Wirksamkeit des Therapeuten steigern. Dies führt zu verbesserten Klienten-*Outcomes*. In der Studie

von Ashby et al. (2013) wird von Seiten des Arbeitgebers mehr professionelle Supervision sowie vermehrt interdisziplinäre Zusammenarbeit gefordert. Zusammengenommen unterstreichen diese Aspekte, welche mit der Arbeit eines Ergotherapeuten im psychiatrischen Setting verbunden sind, den dringenden Bedarf der Schliessung der genannten Forschungslücke. Das hohe Vorkommen von psychischen Erkrankungen in der Schweizer Bevölkerung lassen auf ein grosses Arbeitsgebiet von Ergotherapeuten schliessen, umso grösser ist somit der Forschungsbedarf. Das Fehlen eines klaren Ziels, die spärliche Forschung, das sich auf andere Wissenschaften beziehende Clinical Reasoning und die Identitätsprobleme von Ergotherapeuten im psychiatrischen Setting führen zu Unsicherheiten bei den Berufsleuten. Diese Unsicherheiten und Schwierigkeiten könnten mit genügend Evidenz beseitigt werden.

## **1.2. Theoretischer Hintergrund**

Gemäss dem ErgotherapeutInnen Verband Schweiz (2012) stellt die Ergotherapie die Handlungsfähigkeit<sup>o</sup> des Menschen in den Mittelpunkt. Sie trägt damit zur Steigerung der Lebensqualität<sup>o</sup> bei und befähigt den Menschen zur Teilhabe an den Aktivitäten des täglichen Lebens<sup>o</sup> sowie der Gesellschaft. Die Erfassung der gesamten Lebenssituation eines Menschen wird dabei als Voraussetzung angesehen. Laut Fisher (2013) ist Betätigung schon seit der Entstehung des Berufes das primäre therapeutische Mittel und das Ziel von ergotherapeutischen Interventionen. Betätigung ist laut Miesen (2004) „eine für den einzelnen Menschen sinnvolle und gesunderhaltende Aktivität, gleich ob sie in den Lebensbereichen Arbeit, Selbstversorgung oder Freizeit stattfindet bzw. welcher Anforderungs- oder Leistungsebene sie entspricht“. Laut Fisher (2013) unterscheidet diese betätigungsorientierte Sicht- und Handlungsweise den Ergotherapeuten von anderen Berufsgruppen. Dabei differenziert sie zwischen betätigungsbasierten und betätigungsfokussierten Interventionen. Betätigungsbasiert bedeutet, Betätigung als Grundlage einer Intervention zu verwenden. Eine Intervention, bei der eine Betätigung (z.B. kochen) ausgeführt wird, jedoch mit dem Ziel, bestimmte spezifische Fertigkeiten oder Funktionen zu verbessern, ist somit betätigungsbasiert. Betätigungsfokussiert ist eine Intervention dann, wenn die Betätigung im Fokus der

Intervention steht, aber nicht durchgeführt wird. So ist zum Beispiel ein Erstgespräch zur Identifizierung von Betätigungsproblemen betätigungsfokussiert. Eine Intervention kann sowohl betätigungsbasiert als auch betätigungsfokussiert sein, indem eine Betätigung (z.B. kochen) ausgeführt wird, mit dem Fokus, in dieser Betätigung Fortschritte zu machen (z.B. besser kochen zu können).

Im Verlauf des ergotherapeutischen Prozesses beobachtet der Ergotherapeut den Klienten in seiner Betätigung und bewertet dabei die Ausführung der Fertigkeiten. So können Ressourcen sowie Defizite identifiziert werden. Anhand der Ergebnisse formuliert der Therapeut klientenzentrierte Therapieziele und plant die Interventionen.

Es gibt zwei ergotherapeutische Modelle, welche die Fertigkeiten kategorisieren und einzelne Fertigkeiten dazu beschreiben. Anhand der einzeln definierten Fertigkeiten gelingt es dem Therapeuten, eine genaue Beobachtung zu machen.

Fisher (2009) teilt die Fertigkeiten in drei Kategorien ein: motorische Fertigkeiten°, prozesshafte Fertigkeiten° und soziale Interaktionsfertigkeiten. Sie definiert die sozialen Interaktionsfertigkeiten mittels 27 spezifischer Fertigkeiten, welche eine Person benötigt, um mit anderen in eine soziale Interaktion zu treten. Dazu gehören zum Beispiel das Gegenüber anzusehen, sich diesem zuzuwenden, Gesten und Sprache zu produzieren und einzusetzen, seinen Gesprächspartner nicht zu unterbrechen und in einer adäquaten Zeitspanne zu antworten.

Auch Kielhofner (2008) führt in seiner Theorie Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten auf, welche auf dem *Assessment of Communication and Interaction Skills* nach Forsyth, Salamy, Simon und Kielhofner (1998) basieren. Kielhofner zählt 20 spezifische Fertigkeiten dazu, welche jenen von Fisher (2009) sehr ähnlich sind und teilweise entsprechen. Nach Kielhofner (2008) sind die Fertigkeiten zielgerichtete Handlungen, die eine Person während einer Aktivität ausführt.

Im psychiatrischen Setting, wird in verschiedenen Studien vor allem auf die sozialen Interaktionsfertigkeiten eingegangen, da der Umgang mit sich selbst und seiner Umwelt die Hauptproblematik eines psychisch beeinträchtigten Menschen darstellt. Laut Chien et al. (2003) beinhalten Trainings von sozialen Fertigkeiten üblicherweise Konversation, Selbstbewusstsein, Selbstfürsorge, reaktionäre Interaktion, Umgang mit Konflikten und Freundschaften schliessen.

Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung zeigen oftmals einen Mangel an sozialen Fertigkeiten, insbesondere Menschen mit einer Schizophrenie. Sie haben Defizite in der Kommunikation mit Anderen sowie beim Schliessen von Freundschaften. Zudem haben sie Schwierigkeiten bei der Jobsuche und gelangen daher oftmals in eine soziale Isolation. Die sozialen Fertigkeiten sind für den Klienten wichtig, um auch an der Gesellschaft teilhaben zu können (Seo, Ahn, Byun & Kim, 2007; Cook & Chambers, 2009; Heasman & Atwal, 2004). Auch Chien et al. (2003) kommen zu dieser Erkenntnis. Klienten mit Schizophrenie mangelt es normalerweise an sozialen Fertigkeiten und es ist ihnen nicht möglich, effektiv mit Menschen zu kommunizieren, ihre Gefühle zu erklären und die interpersonalen Grenzen zu verstehen.

Bei Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung, die Schwierigkeiten in den sozialen Fertigkeiten aufweisen und schon länger arbeitslos sind, kann die Freizeitbetätigung viele Bedürfnisse abdecken und somit die Lebensqualität steigern. Freizeitbetätigung stellt eine natürliche Möglichkeit sozialer Interaktion dar und kann bei Menschen ein Zugehörigkeitsgefühl erzeugen (Heasman & Atwal, 2004). Die Studie zeigt zudem auf, dass durch das individuelle Definieren der eigenen Interessen und deren Ausführung in einer Kleingruppe die Lebensqualität sowie die soziale Inklusion von Menschen mit verschiedenen psychischen Beeinträchtigungen gesteigert werden konnten.

Neben den Fertigkeiten ist wie schon erwähnt auch die sinnvolle Betätigung in der Ergotherapie ein zentraler Aspekt. Nach Cook und Chambers (2009) kann eine für den Klienten sinnvolle Betätigung den Selbstwert sowie die Motivation steigern, einer sozialen Isolation entgegenwirken und das Schliessen von Freundschaften erleichtern. Dabei spielt die Ergotherapie eine wichtige, unterstützende Rolle. Damit der psychisch beeinträchtigte Klient überhaupt zu einer Betätigung kommen kann, benötigt dieser nach Yildiz, Veznedaroglu, Eryavuz und Kayahan (2004) eine Kombination aus pharmazeutischer Behandlung und einer psychosozialen Intervention, zu der auch die Gruppentherapie zählt. Mit signifikant positiven Veränderungen durch die kombinierte Therapie fielen den Autoren die Veränderungen in den sozialen Fertigkeiten sowie in der Lebensqualität auf. Auch Chien und Yip (2013) stellen fest, dass eine ausschliesslich auf Psychopharmaka



basierende Behandlung limitiert ist und deshalb eine weitere Behandlungsform hinzugezogen werden sollte.

Grundsätzlich sollte die Ergotherapie den Klienten in der für ihn zufriedenstellenden täglichen Betätigung unterstützen, da diese unter anderem die Gesundheit und Lebensqualität eines Menschen beeinflussen kann (Eklund & Leufstadius, 2007). Da die Betätigung eines Menschen häufig innerhalb einer sozialen Gruppe stattfindet, spielt die Gruppentherapie nach Kubny-Lücke (2009) eine wichtige Rolle in der Ergotherapie. Tajfel und Turner (1986) definieren eine soziale Gruppe als eine Ansammlung von Individuen, welche sich selber als Mitglieder derselben sozialen Kategorie wahrnehmen und ein gewisses Mass an gefühlsmässiger Bindung an dieselbe Kategorie aufweisen. Weiter besitzen diese Individuen ein gewisses gemeinsames Einverständnis in Bezug auf ihre Mitgliedschaft und die Beurteilung der Gruppe. Im psychiatrischen Setting können diese Kategorien die gleiche Erkrankung oder ähnliche Erfahrungen aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung sein. Der Klient erhält in der Gruppentherapie laut Kubny-Lücke (2009) gezielte Übungsmöglichkeiten für interaktionelle Kompetenzen, Kommunikationsfähigkeiten, die Erweiterung des Umgangs mit Aggression und Abgrenzung, sowie die Übernahme von Verantwortung in einem angemessenen Mass. Insbesondere um eben diese sozialen Interaktionsfertigkeiten zu optimieren, welche Grundlage einer angemessenen Partizipation<sup>o</sup> und Betätigungsperformanz<sup>o</sup> sind, ist ein gruppentherapeutisches Behandlungssetting unumgänglich.

### **1.3. Zielsetzung**

Ziel dieser Arbeit ist es, in der Literatur Evidenz für die Praxis zu sammeln, um die Auswirkungen von Gruppentherapien in der Psychiatrie darzulegen. Dieses Review soll konkret aufzeigen, welche Auswirkungen ergotherapeutische Gruppentherapien im Fachbereich Psychiatrie haben. Dadurch sollen Empfehlungen an Berufsleute in der Praxis gegeben werden können.

## 1.4. Fragestellung

Welche Auswirkungen haben ergotherapeutische Gruppentherapien im Fachbereich Psychiatrie auf Betätigungen im Alltag der Klienten und/oder ihre sozialen Fertigkeiten?

## 2. Methode

Nach der Erschliessung der Forschungslücke und dem daraus resultierenden Forschungsbedarf wurde eine passende Fragestellung entwickelt. Auch das Ziel des Reviews wurde formuliert. Die Verfasserinnen hielten alle selbstdefinierten relevanten Suchbegriffe und Schlagwörter fest, verwendet wurden diese in der Recherche auf Englisch. Anschliessend wurden die für die Fragestellung wichtigen Datenbanken definiert.

Die Literaturrecherche erfolgte analog zu Guba (2007). Zwischen Dezember 2014 und Februar 2015 recherchierten die Verfasserinnen parallel in den Datenbanken aus folgender Tabelle:

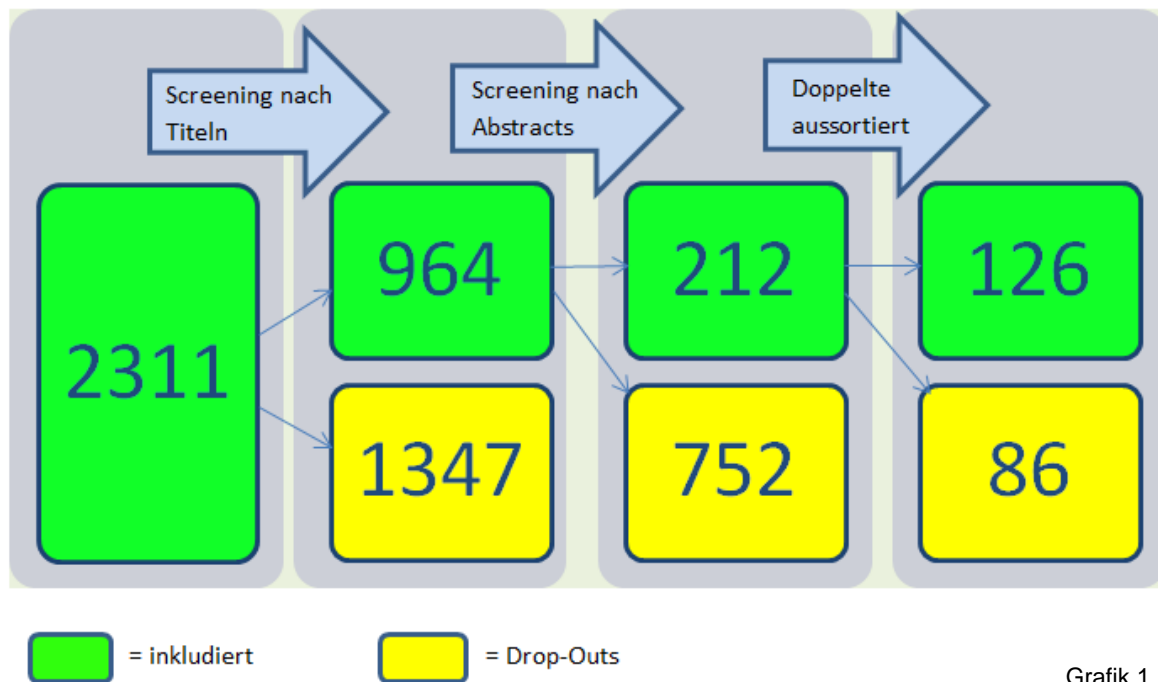
| Datenbanken der Gesundheit                             | Datenbanken der Psychologie                  | Datenbanken der sozialen Arbeit                               |
|--|--|---|
| AMED Allied and Complementary Medicine                 | Pilots                                       | ERIC Educational Resources Information Center,                |
| CINAHL   | PsycARTICLES                                 | NCJRS (National Criminal Justice Reference Service Abstracts) |
| CINAHL Complete  | PsycARTICLES Full Text                       | Social Services Abstracts                                     |
| Cochrane Library                                       | PsyCRITIQUES Full Text and Nursing Journals  | Sociological Abstract   |
| FRANCIS  | PsycEXTRA                                    | SOWIPORT  |
| Health Source: Nursing/Academic Edition                | PsycINFO                                     | Web of Science Core Collection                                |
| IBSS International Bibliography of the Social Sciences | PsycTESTS                                    | WISO  |
| OTDBase  | PSYNDExplus Literature and Audiovisual Media |   |

|  |                   |  |
|--|-------------------|--|
| OTseeker   | PSYNDExplus Tests |  |
| Ovid MEDLINE(R)  | PubPsych          |  |
| Ovid MEDLINE(R) Daily Update                             |                   |  |
| Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations |                   |  |
| Ovid Nursing Database                                    |                   |  |
| Pub Med  |                   |  |

Tabelle 1

Für die Recherche wurden die englische Suchbegriffe/Schlagwörter „occupation\*“; „effect\*“ OR „impact“; „group\*“ („activity group“ OR „group setting“ OR „group therapy“ OR „group programme“ OR „group intervention“); „psychiatric\*“ OR „mental disorder“ OR „mental health“ OR „depress\*“ OR „schizophren\*“ OR „anxiety disorder“; „quality of life“ OR „occupational performance“ OR „participation“ OR „daily life“ OR „activity of daily living“ in allen Datenbanken mit allen möglichen Suchkombinationen verwendet. Zusätzlich wurde von beiden Verfasserinnen eine unsystematische Suche auf Google Scholar und eine Handsuche durchgeführt. Eingeschlossen wurden alle Studien, die die Auswirkungen von ergotherapeutischen Gruppentherapien auf die Ausführung von Betätigungen und/oder die sozialen Interaktionsfertigkeiten im Fachbereich Psychiatrie untersuchten. Dies bedeutet, es wurden Studien ausgeschlossen, welche keinen Zusammenhang mit Ergotherapie aufweisen, sowie solche, welche die Einzeltherapie untersucht haben. Interprofessionelle Studien, welche auf die Ergotherapie übertragen werden können, wurden eingeschlossen. Es wurden alle Diagnosen aus der Psychiatrie eingeschlossen. Es können heterogene oder homogene Patientengruppen im Alter von 18–65 Jahren untersucht worden sein. Es wurden qualitative und quantitative Studien wie beispielsweise randomisiert kontrollierte Studien (RCTs) eingeschlossen. Ausgeschlossen wurden Bücher, Internetquellen und nicht wissenschaftliche Literatur. Es wurden deutsch- sowie englischsprachige Studien berücksichtigt, welche zwischen Januar 2004 und Januar 2015 veröffentlicht wurden.

Für die Literatursuche wurden teilweise Filterkriterien wie z.B. das Alter (18-65) oder das Jahr der Veröffentlichung (2004-2015) verwendet. In folgender Grafik wird der erste Selektionsprozess dargestellt. Die erste Zahl (2311) links in der Grafik steht für die zusammengenommene Anzahl der Suchtreffer beider Verfasserinnen. Von links nach rechts wird der primäre Selektionsprozess aufgezeigt.



Grafik 1

Nach diesem ersten Selektionsprozess verblieben noch 126 inkludierte Studien. Nach dem Lesen der jeweiligen Abstracts und der Inhalte der Studien wurden von diesen 126 Studien nochmals 35 ausgeschlossen, da keiner der beleuchteten Aspekte der Studien auf die Ergotherapie übertragbar war. Somit wurden 92 Studien als relevant betrachtet. Von den 92 Studien wurden 43 psychologische Studien (z.B. *cognitive-behavioral Therapy*) ausgeschlossen, da kein Übertrag auf die Ergotherapie hergestellt werden konnte. Weitere 10 Studien wurden ausgeschlossen, da diese keine Interventionsstudien waren, sowie weitere 27 Kunststudien, da diese einen anderen Interventionsfokus als die Ergotherapie haben. Häufig ist das Ziel dieser Kunsttherapien die Verbesserung des Selbstwertes, die Auseinandersetzung mit sich selbst, die Ausdruckszentrierung oder die Beschäftigung und Aktivierung der Klienten. Nicht zentral dabei ist, ob die ausgeführten Tätigkeiten für die Klienten eine Bedeutung oder einen Alltagsbezug

besitzen. Somit wurden 14 Studien als relevant betrachtet, wobei nochmals vier Studien ausgeschlossen wurden, da sie keinen Zusammenhang zur Betätigung aufweisen. Zwei RCTs wurden exkludiert, da sie Gruppen- und Einzelinterventionen durchführten und diese in den Ergebnissen nicht trennten. Ausserdem wurde auch nicht das Verhältnis von Einzel- und Gruppentherapie offen gelegt. So kann kein Rückschluss auf die Wirksamkeit von Gruppentherapien gezogen werden. Zwei Reviews wurden ausgeschlossen, da sie sich fast ausschliesslich auf veraltete Literatur beziehen. Eine ergotherapeutische Studie aus der Arbeitsrehabilitation wurde aufgrund des rein psychologischen Inhalts der Intervention und der *Outcomes* exkludiert.

Die 5 den Einschlusskriterien entsprechenden und damit inkludierten Studien wurden mit einem zusammengestellten Bewertungsraster, angelehnt an das EMED-Format<sup>o</sup> (LoBiondo-Wood & Haber, 2005) zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Zur Bewertung der quantitativen Studien wurden zusätzlich die Gütekriterien nach Bartholomeyczik, Linhart, Mayer und Mayer (2008) verwendet, für die qualitativen diejenigen von Flick, Kardorff und Steinke (2010).

Die Verfasserinnen filterten anschliessend gemeinsame, also in mehreren Studien vorkommende, Ergebnisse und Erkenntnisse aus den Studien heraus und bildeten Sets aus diesen zur Darstellung eines Konsenses. Diese Sets bildeten zugleich die Grundlage für die Diskussion.

### **3. Ergebnisse**

Die 5 inkludierten Studien teilten sich auf in drei Studien mit qualitativem und zwei mit quantitativem Design, wobei eine der quantitativen Studien zusätzlich qualitative Befragungen durchgeführt hat. In folgender Tabelle sind die Studien kurz dargestellt.

| Nr. | Studie  | Zweck / Fragestellung   | Stichprobe   | Methode / Design   | Hauptresultate  | Stärken  | Limitationen  |
|-----|---|---|--|--|---|--|---|
| 1   | Fitzgerald (2011), An evaluation of the impact of a social inclusion programme on occupational functioning for forensic service users             | Gab es Unterschiede in den MOHOST-Ergebnissen zwischen den beiden Gruppen vor und nach der Intervention? Effektivität des Social Inclusion Programme (SIP) mittels MOHOST messen. | 43 Teilnehmer: SIP: 24 (21 Männer, 3 Frauen), Kontrollgruppe: 19 (15 Männer, 4 Frauen)               | Quantitative Studie mit Kontrollgruppen-Design, Erfassung der Betätigungsfertigkeiten mittels MOHOST   | Der Post-Interventions-Durchschnitt verbesserte sich bei der SIP-Gruppe auf 72.50 von 66.29, während der Post-Interventions-Durchschnitt bei der Kontrollgruppe bei 61.26 lag (prä 63.26).  | Für die Datenerhebung wurde ein erprobtes Assessment angewendet. Stimmungskomponente auf. Ergotherapeuten führten das Assessment durch, Objektivität beeinträchtigt.   | Stichprobengröße gering. Statistische Ergebnisse der Interventionsgruppe schon vor Beginn der Intervention besser. Die Kontrollgruppe weist mehr Teilnehmer mit einer Stimmungskomponente auf. Ergotherapeuten führten das Assessment durch, Objektivität beeinträchtigt.                       |
| 2   | Voruganti et al. (2006), Going Beyond: An Adventure- and Recreation-Based Group Intervention Promotes Well-Being and Weight Loss in Schizophrenia | Hypothese: Die neue Intervention ist im Vergleich zur üblichen Therapieform, signifikant effektiver im Outcome, über die Zeit von 12 Monaten nach der Intervention.               | 54 Teilnehmer: Intervention group: 23 (19 Männer, 4 Frauen), Kontrollgruppe 31 (23 Männer, 8 Frauen) | Quantitative Studie mit prospektivem Fall-kontroll- und prä-/post-Behandlungsdesign; zusätzliche Qualitative Aussagen der Klienten über die positive Erfahrung | Signifikante Veränderungen bei der Interventionsgruppe im Selbstwert (ASIS) & globalen Funktionen (GAF). Zudem Veränderungen in dem Gefühl, zu etwas fähig zu sein, der Nervenkitzel nach Veränderung/Abenteuer und die Entwicklung von gegenseitigem Vertrauen in die Gruppe und den Therapeuten.                          | Es wird klar erklärt, was in der Intervention gemacht wird. Die Daten werden Anhand von in der Psychiatrie etablierten Assessments erhoben, wobei zur Bewertung wiederholt das ANOVA eingesetzt wurde. Hohe Reliabilität und Validität.                    | verwendet. Methodisch wird unter anderem ein Fall-Kontroll-Design verwendet, mit welchem die Wirksamkeit untersucht wird. Die Stichprobengröße ist eher klein. Zwar waren die evaluierenden Forscher geblindet, jedoch führten die Teams die Interviews durch, Objektivität nicht gegeben.      |
| 3   | Sundsteigen et al. (2009), Patients' experience of groups in outpatient mental health services and its significance for daily occupations         | Herausfinden, welche Erfahrungen ambulante Patienten mit Ergotherapiegruppen machen und welchen Einfluss diese auf ihre täglichen Aktivitäten haben.                              | 14 Teilnehmer (1 Mann, 13 Frauen)  | Qualitative Studie mit Fokus-Gruppen-Methode   | Veränderung waren Timing, Zugehörigkeit, Beteiligung, Herausforderung, bedeutungsvolle Betätigung und ausgewogene Fokussierung auf die Krankheit. Die Veränderung in täglichen Aktivitäten war, mehr zu managen und mehr zu wagen.  | Es fand eine wörtliche Transkribierung statt, es wurden auch wörtliche Zitate aufgeführt, intersubjektive Nachvollziehbarkeit gegeben. Angemessene Methodenwahl. Die Autoren legen Widersprüche in ihrer Erhebung dar. Relevanz der Studie ist aufgezeigt. | Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit ist nicht gegeben, da in der Studie nicht ersichtlich ist, nach welchem Fragekatalog die Autoren vorgegangen sind. Eine Autorin kennt die Teilnehmer von zwei Gruppen, Objektivität eingeschränkt. Keine eindeutigen Schlussfolgerungen wurden gemacht. |
| 4   | Horghagen et al. (2014), Craft activities in groups at meeting places: supporting mental health users' everyday occupations                       | Diese Studie evaluiert, wie die Teilnahme an handwerklichen Tätigkeiten in der Gruppe das Managen der täglichen Aktivitäten der Teilnehmer beeinflusst.                           | 12 Teilnehmer (3 Männer, 9 Frauen)   | Qualitative Studie mit einem ethnografischen Design  | Signifikant schien die Vertrautheit mit der Aktivität und der Gruppe. Handwerk in einer Gruppe verlieh Stabilität und Routine, was starken Einfluss sowohl auf die Entwicklung von Fertigkeiten hatte, als auch auf die Art, wie sie <i>peer support</i> erhielten und gaben.   | Relevanz des Themas ist gegeben. Passendes Design. Beobachtung und Analyse durch drei Parteien. Die Autoren legen Limitationen und Stärken nachvollziehbar dar.  | Ein Autor war gleichzeitig Forscher und Teilnehmer. Das ethnografische Design erschwert die Nachvollziehbarkeit der Studie zur Reproduktion.  |
| 5   | Haley & McKay (2004), 'Baking Gives You Confidence': Users' Views of Engaging in the Occupation of Baking   | Wie ist die Perspektive von Nutzern von psychosozialen Gesundheitsdiensten auf die Aktivität "Backen"?  | 12 Teilnehmer (10 Männer, 2 Frauen)  | Qualitative Studie mit semi-strukturierten Interviews  | Die Teilnahme an der Backgruppe war eine Möglichkeit, Fertigkeiten zu lernen und eine produktive und erfolgreiche Erfahrung zu machen. Es war wichtig, Zeit in einer anderen Umgebung zu verbringen. Die Auswahl der Aktivitäten sollte patientengesteuert sein und in einer informellen, einladenden Umgebung stattfinden. | Geeignetes Methodisches Design. Daten wurden von einer Zweiperson analysiert. Stärken und Limitierungen wurden von den Autoren offen dargelegt. Eigene Ergebnisse werden mit zusätzlicher Literatur untermauert.   | Einige Teilnehmer, nahmen an der Intervention Teil, um von der Station weg zu kommen. Die Forscher waren gleichzeitig Therapeuten (Subjektivität). Kleine Stichprobengröße. Es werden keine Zitate zur Erklärung/Verdeutlichung der Kategorien gemacht.   |

Tabelle 2

### 3.1. Kurzbeschreibung der Hauptstudien

Im Folgenden werden die einzelnen Studien beschrieben. Dies dient dem besseren Verständnis der im Anschluss folgenden Zusammenstellung der *Outcome*-Sets sowie der Diskussion. Die Nummern in [ ] beziehen sich auf die nummerierte Studie in Tabelle 2.

Studie [1] hat als Interventionsmethode ein *social inclusion programme* (SIP) gewählt. Den Klienten auf einer psychiatrischen Langzeitstation wurden verschiedene Angebote offeriert, an denen sie freiwillig teilnehmen konnten. Dazu gehörten Freizeitaktivitäten, Bildungsgruppe, Sprungbrett-Edukation, *College* und Arbeit. Die letzten vier Angebote drehten sich um konkrete Fertigkeiten und Aktivitäten, welche für einen Fortschritt in Bildung und Arbeit benötigt werden. Bei allen Aktivitäten lag der Fokus auf der Entwicklung und Verbesserung von sozialen Fertigkeiten. Dieses Programm wurde von 2006 bis 2008 durchgeführt.

Der Autor wählte ein Kontrollgruppendesign, bei dem die Interventionsgruppe die übliche Therapie erhielt und zusätzlich am SIP teilnahm, während die Kontrollgruppe nur die bislang übliche Therapie erhielt. Die Teilnahme war freiwillig. So ergab sich eine Stichprobengrösse von 43, davon 24 in der SIP-Gruppe und 19 in der Kontrollgruppe. 86% der Teilnehmer hatten eine Schizophrenie, 9% eine schizoaffektive Störung und 5% eine bipolare Störung. Beide Teilnehmer mit bipolarer Störung waren in der Kontrollgruppe. Mehr als die Hälfte aller Teilnehmer hatte eine gewalttätige Vergangenheit und 46% einen „Übergriffsindex“. Da das Durchschnittsalter in der SIP-Gruppe tiefer war als in der Kontrollgruppe, wurde ein *post-hoc t-test* durchgeführt. Der Altersunterschied war nicht signifikant ( $t = -1.829$ ,  $df = 36.468$   $p = 0.076$ ).

Die Verlaufskontrolle wurde mittels des MOHOST-Assessments<sup>o</sup> durchgeführt. Der Autor verwendete Zahlen von 1 bis 4 in der Bewertungsskala, um die Veränderungen statistisch zu erfassen. Es wurden die Betätigungsfertigkeiten beider Gruppen vor und nach der Intervention erhoben. Bei allen Punkteergebnissen aus den MOHOST-Assessments wurden nicht-parametrische Mann-Whitney U-Tests<sup>o</sup> durchgeführt. Insgesamt hat die SIP-Gruppe nach der Intervention signifikant bessere Ergebnisse mit einem Durchschnittsrang von 26.67 erzielt, gegenüber der Kontrollgruppe mit

16.11,  $p < 0.05$  mit 0.006. Die beiden Gruppen unterschieden sich vor der Intervention nicht signifikant mit Durchschnittswerten von 23.17 (SIP) und 20.53 (Kontrollgruppe),  $p > 0.05$  bei 0.493. In den Unterkategorien des MOHOST fanden sich keine signifikanten Unterschiede in 4 von 6 Kategorien vor der Intervention, danach jedoch schon. Dies gilt auch für die Subskalen-Ergebnisse „Motivation für Betätigung“, „Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten“ und „Prozessfertigkeiten“. Beide Gruppen verbesserten sich in „Betätigungsmuster“ und „Umwelt“, die SIP-Gruppe zeigte jedoch eine grössere Verbesserung. Nur in den „motorischen Fertigkeiten“ zeigten beide Gruppen durchschnittlich eine Verschlechterung. Die Standardabweichung zeigt, dass beide Gruppen vor und nach der Intervention gleiche Variabilitätslevels hatten. Die Daten waren normalverteilt und es gab keine extremen Ergebnisse. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass ein SIP erfolgreich sein kann in der Verbesserung der Betätigungsperformanz von *forensic service users*.

Eine neue Abenteuer-Therapieintervention, welche auf dem Prinzip „*learning by doing*“ basiert wird in der Studie [2] vorgestellt. Die Intervention bot ein Sommer- sowie Winterprogramm, welche jeweils 8 Wochen dauerten. Die Teilnehmer wurden angehalten beide Programme zu absolvieren. Eine Intervention wurde während ein bis drei Tagen durchgeführt. Dabei traf sich die Gruppe, geleitet durch einen Ergotherapeuten, einen Rekreationstherapeuten, einen Sozialarbeiter und eine Pflegende, um die Aktivität zuerst zu planen und danach durchzuführen. Zum Sommerprogramm zählten Aktivitäten wie Camping oder Kanufahren. Das Winterprogramm bot Aktivitäten wie Schneeschuhwandern oder Ski-/Snowboardfahren an. Insgesamt wurden 23 Teilnehmer für die Intervention ausgewählt, die 31 Teilnehmer auf der Warteliste erhielten die übliche Behandlung. Zu der üblichen Behandlung gehörten monatliche Film- und Tanzabende, Sommerpicknicks und eine Weihnachtsparty. Als wichtigstes Auswahlkriterium für die Teilnahme an der Intervention wurde die Diagnose Schizophrenie angegeben. Auch mussten die Teilnehmer zuvor 6 Monate oder länger klinisch stabil gewesen sein. Zudem wurde ein stabiler physischer Gesundheitszustand für die Intervention vorausgesetzt. Die Studie dauerte insgesamt 20 Monate, wovon die Intervention 8 Monate und die nachträgliche Versorgung 12 Monate umfasste. Anhand eines prospektiven, Fall-kontrollierten und Prä-/Post-Behandlungs-Designs untersuchten



die Autoren die therapeutischen Vorteile der neuen Intervention. Um die Durchführbarkeit sowie die Akzeptanz dieser Intervention zu bewerten, wurde die Hypothese aufgestellt, dass die neue Intervention im Vergleich zur üblichen Behandlung signifikant effektiver in der Reduktion von Symptomen und in der Verbesserung kognitiver Fähigkeiten, des Selbstwertgefühls und globaler Funktionen während 12 Monaten nach der Intervention sei. Anhand von wiederholten ANOVA°-Prüfverfahren wurden die Veränderungen in jedem Assessmentbereich analysiert. Zur Datenerhebung wurden 5 verschiedene Assessments angewendet, nämlich GAF°, PANSS°, ASIS°, SSTICS° und SIP°. Diese stellen alle gut etablierte Assessments im Fachbereich Psychiatrie dar. Obwohl in beiden Gruppen mehr Männer präsent waren und das Alter eher niedrig war, gab es bei den anfänglichen Messungen keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. In der Interventionsgruppe wurden geringe Veränderungen in den kognitiven Defiziten (SSTICS) und Funktionen (SIP) festgestellt. Signifikante Veränderungen gab es jedoch im Selbstwert (ASIS) und den globalen Funktionen (GAF),  $p < 0.05$  im Vergleich mit der Ausgangsmessung bis 12 Monate. Zusätzlich wurden qualitative Aussagen der Klienten über positive Erfahrungen erhoben. Diese zeigten weitere Veränderungen in dem Gefühl, zu etwas „fähig zu sein“, dem Nervenkitzel nach Abenteuern und der Entwicklung von gegenseitigem Vertrauen in die Gruppe sowie Therapeuten.

Der Effekt dieser neuen Intervention verlangt jedoch nach einem Langzeit-RCT mit einer grösseren Stichprobenzahl. In Bezug auf das Potential einer Abenteuer-Therapie sehen die Autoren eine doppelte Wirkung. Bei den Teilnehmern führte die Intervention zu einer Verbesserung des Selbstwerts, der Motivation und des Zugehörigkeitsgefühls. Das Team selbst profitierte von einem fundiert besseren Rapport und überwand die Barrieren der ausgelieferten, hin zur klientenzentrierten Betreuung.

Eine Abenteuer-Intervention fördert eine positive Haltung den Schwierigkeiten gegenüber und kann somit das Selbstvertrauen steigern, soziale Fertigkeiten für das selbständige Leben verbessern, zu einem besseren Selbstbild beitragen und das Verantwortungsgefühl erhöhen.

In der dritten Studie [3] wurden Fokusgruppen-Interviews zur Erhebung der Meinung der Teilnehmer zu ergotherapeutischen Gruppentherapien durchgeführt. Die Teilnehmer diskutierten über ihre Erfahrungen mit Gruppentherapien in der Ergotherapie. Die häufigsten Gruppeninterventionen, an denen die Klienten teilgenommen hatten und die im Zentrum der Evaluation standen, waren Diskussionsgruppen und Betätigungsgruppen. Den Teilnehmern wurden offene Fragen gestellt. Die anschließende Diskussion erfolgte möglichst ohne Einbezug des Moderators. Die Studie wurde mit bereits bestehenden Gruppen in zwei ambulanten Psychiatriepflegeeinheiten durchgeführt. Die bestehenden Gruppen wurden für diese Methode aufgrund der Vulnerabilität der Klienten und der Stimulation der Interaktion ausgewählt. Die Teilnahme war freiwillig und es nahmen 14 Klienten im Alter von 22 bis 61 teil, welche zwischen 5 und 29 Monaten in Behandlung waren. Nur einer der 14 Klienten war männlich. Die Fokusgruppeninterviews wurden in vier Gruppen durchgeführt. Die häufigsten Diagnosen stellten Depression und Angststörung dar. Zwei Gruppen wurden vom Erstautor moderiert, während die anderen beiden Gruppen von einem Assistenten übernommen wurden. Da der Erstautor in dem Behandlungszentrum dieser beiden Gruppen arbeitet, sollte dieses Vorgehen die Unvoreingenommenheit des Moderators sicherstellen. Die Diskussion dauerte 1,5 Stunden und wurde aufgezeichnet. Direkt nach der Diskussion hörten sich die beiden Moderatoren die Aufnahmen an und notierten ihre ersten Eindrücke. Die Tonbandaufnahmen wurden wörtlich transkribiert und nach Krueger (2000) analysiert. Passagen, die für die Fragestellung relevant waren, wurden herausgefiltert und kategorisiert. Zur Darstellung der Kategorien wurden Zitate ausgewählt. Diskussionsthemen waren „Faktoren für eine positive Veränderung“ und „die Veränderung in täglichen Betätigungen“. Als Faktoren für eine positive Veränderung wurden „Timing“, „Zugehörigkeit“, „Beteiligung“, „Herausforderung“ und ein „ausgewogener Fokus auf die Krankheit“ identifiziert. Unter der Kategorie „Veränderung in täglichen Betätigungen“ beschreiben die Autoren die Begriffe „zu managen“ und „zu wagen“.

Studie [4] evaluiert, wie die Teilnahme an handwerklichen Tätigkeiten in der Gruppe das Managen der täglichen Aktivitäten der Teilnehmenden beeinflusst. Die Studie wurde in einem *meeting place* durchgeführt, welcher Aktivitäten anbot, an denen

Menschen mit psychischen Erkrankungen auf freiwilliger Basis teilnehmen konnten. An solchen Orten werden keine Klientenakten angefertigt. Gemäss Aussagen des Personals kamen die psychischen Erkrankungen wahrscheinlich von traumatischen Erlebnissen, Depressionen, Angststörungen, Einsamkeit oder manischer Depression. Es nahmen 12 Personen mit einem Durchschnittsalter von 54 Jahren freiwillig an der Studie teil, davon 9 Frauen und drei Männer. Es wurde ein ethnografisches Design gewählt, bei dem der Erstautor im Jahr 2011 über einen Zeitraum von 7 Monaten an einem Tag in der Woche während vier Stunden Beobachtungen machte. Er führte Beobachtungen im Handwerksraum mittels Partizipation am Handwerk, Zusehen, Zuhören, Fragenstellen und Kommentieren durch. Die Sammlung von Feldnotizen entsprach den empfohlenen Richtlinien eines ethnografischen Designs. Die Notizen von insgesamt 85 Seiten wurden jeweils nach der Sitzung direkt auf einen Computer übertragen. Die Notizen hatten narrativen Charakter und wurden nach Tag, Anlass, erzählten Geschichten und Reflexionen strukturiert. Die Analyserichtlinien entsprachen der paradigmatischen Analyse<sup>o</sup>, welche das Sammeln von Geschichten beinhaltet, aber auch das Entstehen von Kategorien daraus erlaubt. Signifikant schien die Vertrautheit mit der Aktivität und der Gruppe. Die Autoren bildeten drei Kategorien. Die Kategorie „Stabilität und Routine“ besass starken Einfluss auf die „Entwicklung von Fertigkeiten und Fähigkeiten“, sowie auf die Art, wie „*peer support*“ erhalten und gegeben wurde. Unter „Stabilität und Routine“ wird verstanden, dass die Teilnehmer durch die Partizipation an handwerklichen Aktivitäten im *meeting place* ihren Alltag strukturieren konnten und ihnen die vertrauten Aktivitäten und Umgebung Sicherheit verliehen. Durch die Ausübung von Handwerk konnten die Teilnehmer Fertigkeiten und Fähigkeiten erlernen, wie z.B. Problemlösestrategien und soziale Interaktionsfertigkeiten. Unter der Kategorie „*peer support*“ verstehen die Autoren vor allem die gegenseitige Unterstützung und Beratung, die sie einander gaben und auch voneinander annahmen. Das gemeinsame Handwerk förderte die Interaktion, sodass einige freundschaftliche Bindungen beobachtet werden konnten.

In der letzten Studie [5] wurde die Intervention „Backen“ in einer Gruppe evaluiert. Es wurden semistrukturierte Interviews gemacht. Die Studie wurde mit 10 Männern und zwei Frauen im Alter zwischen 21 und 64 Jahren aus einem akutstationären Setting durchgeführt. Sie alle hatten mindestens einmal an einer Gruppentherapie mit der

Aktivität „Backen“ teilgenommen, durchschnittlich zweimal. Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig. Die Interviews wurden transkribiert. Das Daten-Set wurde zunächst mit einer Vorlage analysiert, um die bedeutenden Einheiten zu identifizieren. Dies wurde mittels einer Konzeptkarte weiterentwickelt, um gleiche Kategorien zu vereinen, was zur Identifikation von vier Themen führte. Als erstes Thema wurde „Nicht wieder Scrabble spielen“ identifiziert. Dieses Thema repräsentiert die Wichtigkeit der Teilnahme an bedeutungsvollen Aktivitäten, um die eigene Zeit sinnvoll zu strukturieren. Das zweite Thema wurde mit dem Titel „Schokoladenchipkekse kommen nicht nur in Boxen“ versehen und handelt von der Entwicklung von Kompetenzen und Erlernen von Fertigkeiten durch die Herstellung eines Endproduktes. Backen erhöhte die Konzentration, die Koordination und verlieh Selbstvertrauen. Die dritte Kategorie war „vergangene, gegenwärtige und zukünftige Weihnacht“. Hier wurden Zweck und Ziel der Ergotherapie und das Verständnis der Teilnehmer darüber betrachtet. Auch Verbesserungsvorschläge wurden erfragt. Die Mehrheit der Teilnehmenden glaubte, dass ihre Meinung weitgehend irrelevant ist und das Programm nicht auf ihre Bedürfnisse angepasst werden würde. Als letztes Thema wurde „zu viele Köche“ identifiziert. Dies zeigt die Wichtigkeit einer therapeutisch wertvollen Umgebung in Bezug auf die Motivation der Klienten auf. Es zeigte sich, dass die Gesellschaft anderer Teilnehmer sowie die Möglichkeit der Diskussion gemeinsamer Interessen sehr geschätzt wurden.

### **3.2. Ergebnisse der Hauptstudien in Sets**

Zur vereinfachten Darstellung der wesentlichsten *Outcomes* der Hauptstudien werden diese von den Verfasserinnen in 5 Sets eingeteilt. Die Sets wurden anhand der Häufigkeit der Erwähnungen in den Hauptstudien zusammengetragen und sind auch nach ihrer Häufigkeit aufgelistet, beginnend mit den am häufigsten genannten *Outcomes*. Wird ein *Outcome* in mehreren Studien erwähnt, scheint die Wahrscheinlichkeit einer Relevanz für die Fragestellung dieses Reviews grösser zu sein. Nachfolgend werden die *Outcomes* passend zum Set kurz erläutert.

### Training von Fertigkeiten

In allen 5 Studien wird von positiven Auswirkungen auf konkrete Fertigkeiten und Fähigkeiten gesprochen. In Studie [1] werden Fortschritte in den Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten sowie in den Prozessfertigkeiten festgehalten. Der Autor stellte jedoch eine leichte Verschlechterung der motorischen Fertigkeiten fest. In der zweiten Studie [2] wird eine signifikante Verbesserung der globalen Funktionen (GAF) festgestellt. In Studie [3] werden vor allem zwei konkrete Fähigkeiten herauskristallisiert: „managen“ und „wagen“. Die Teilnehmer lernten, ihre täglichen Aktivitäten besser zu managen und sich auf neue Erfahrungen einzulassen. In der vierten Studie [4] wird primär von Problemlösefähigkeiten und von kooperativen Fertigkeiten und Fähigkeiten gesprochen. In Studie [5] wird eine Verbesserung der Konzentrations- und Koordinationsfertigkeiten identifiziert und generell von einer Verbesserung von Fertigkeiten und Fähigkeiten berichtet.

### Soziale Beziehungen

Studie [1] evaluiert ein soziales Inklusionsprogramm (SIP), in welchem soziale Fertigkeiten während der Ausführung von diversen verschiedenen Aktivitäten trainiert werden. Die Teilnehmer zeigten signifikante Verbesserungen in den Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten. Die subjektive Meinung der Teilnehmer wurde nicht erhoben. In den Studien [2], [3] und [4] wird von einem Zugehörigkeitsgefühl zur Gruppe berichtet. Die Teilnehmer schätzten die Gesellschaft von Gleichgesinnten, die in einer ähnlichen Lebenssituation sind und daher ein höheres Mass an Verständnis für einander aufbringen können. In der Studie [5] wird dies nur teilweise von den Teilnehmern berichtet. Nicht alle Teilnehmer entwickelten ein Zugehörigkeitsgefühl. Besonders in der Studie [4] spielte der *peer support* eine wichtige Rolle. Die Teilnehmer gingen sehr fürsorglich miteinander um. Sie boten gegenseitige Unterstützung an und fühlten während des Ausübens der handwerklichen Tätigkeiten eine starke Verbindung zueinander. Die gemeinsame Arbeit schien den Teilnehmern ein Netzwerk an Sicherheit und Unterstützung in Beziehungen zu bieten.

### Sinnvolle Betätigung

Eine sinnvolle Betätigung als Interventionsgrundlage scheint in allen Studien von wesentlicher Bedeutung zu sein. Alle Interventionen basieren auf der freiwilligen Teilnahme an einer oder mehreren bedeutungsvollen Aktivitäten wie beispielsweise Freizeitaktivitäten. Nur Studie [3] erhebt die Ansichten der Teilnehmenden zu ergotherapeutischen Gruppeninterventionen im Allgemeinen, das heisst zu aktivitätsbasierten sowie zu Diskussionsgruppen in der Ergotherapie. Es wird nicht dargestellt, zu welcher Art von Intervention die Teilnehmer ihre Meinungen geäussert haben. Es ist nicht bekannt, ob die Teilnehmer der Fokusgruppeninterviews die Aktivitäten, über die sie berichteten, freiwillig besucht hatten. Die Autoren dieser Studie [3] betonen jedoch, dass sinnvolle Betätigung in einem Gruppensetting positive Auswirkungen hat. Die Teilnehmer solcher Gruppen erlebten das Gefühl von Stolz, Zufriedenheit und Selbstwirksamkeit. Dieses Ergebnis wird von Studie [5] unterstützt, welche die Wichtigkeit der Teilnahme an bedeutungsvollen Aktivitäten hervorhebt. Die Teilnahme an solchen produktiven Tätigkeiten bedeutet für die Teilnehmer ein wesentliches Mass an Sinnggebung sowie eine sinnvolle Strukturierung ihrer eigenen Zeit. In der Studie [4] wird Handwerk als Betätigung angesehen. Die Autoren begründen dies damit, dass in Norwegen Schulkinder 627 Stunden das Fach Werken besuchen und dies somit eine allgemein vertraute und beliebte Aktivität ist, mit der sich auch erwachsene Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen identifizieren können. Handwerk erzeugte bei den Teilnehmern der Studie Freude und Hoffnung.

### Kontextfaktoren°

Studie [5] betont die Wichtigkeit einer therapeutisch wertvollen Umgebung. Umwelteinflüsse spielen eine grosse Rolle in der Anregung der Motivation der Klienten. Eine einladende Atmosphäre, frei von Druck, war essentiell für die Motivation zur Teilnahme an den Backgruppen. Der Tag und die Zeit waren für die Mehrheit der Teilnehmer wichtige Teilnahmekriterien. Sie bevorzugten die Therapie am Nachmittag, da sie Mühe hätten, am Morgen aufzustehen. Ein grosser Motivationsfaktor war für die Teilnehmer die Tatsache, etwas ausserhalb der Station, in einer anderen Umgebung unternehmen zu können. Die Freiheit der Wahl des Inhalts, der Dauer und des Zeitpunktes förderte *Empowerment* sowie die Bereitschaft

zur Teilnahme an den Ergotherapiegruppen. Es solle eine motivierende und herausfordernde Umgebung geschaffen werden. In Studie [3] wird ergänzt, dass die Herausforderung laufend angepasst werden muss und keine Überforderung darstellen darf. Auch für sie ist das Timing wichtig. Es wird angemerkt, dass es von Vorteil ist, wenn die Klienten während der Therapie zu Hause in ihrer natürlichen Umgebung wohnen können, da dann der Alltagsübertrag leichter fallen würde. Studie [1] stellt fest, dass die Umgebung besonders grossen Einfluss auf Klienten einer Langzeitstation für Kriminalstraftäter hat, da diese Umgebung starken Betätigungsentzug zur Folge hat. Der Autor stellt nach der Intervention eine Verbesserung in der MOHOST-Domäne „Umwelt“ fest, jedoch sowohl bei der Interventions- als auch bei der Kontrollgruppe. In der Intervention der Studie [1] schienen Outdoor-Aktivitäten die Teilnehmer intuitiv angesprochen zu haben. Die Autoren der vierten Studie [4] halten fest, dass nebst der sozial wertvollen Umgebung, dem Timing und der Struktur der Angebote auch die Arbeitsplatzeinrichtung von grosser Bedeutung für die Ausführung und Auswahl von Betätigungen ist.

#### Selbstwert und Selbstvertrauen

Studie [2] stellt eine signifikante Veränderung im Selbstwert (ASIS) fest. In der Befragung erwähnten die Teilnehmer zudem das Gefühl, zu etwas fähig zu sein. Sie meldeten eine Veränderung ihrer Sicht auf das Leben und setzten sich selbst neue Ziele, beispielsweise die Fortsetzung eines Studiums. Laut Studie [3] fördern Gruppenaktivitäten das Selbstvertrauen, die Selbstwirksamkeit sowie das Wohlbefinden. In der vierten Studie [4] drückten die Teilnehmer ein Gefühl von Kompetenz aus. Die Autoren der Studie [5] berichten, dass die Tätigkeit Backen Selbstvertrauen und ein Gefühl des Bestehens durch die Herstellung eines Endproduktes bildete. Selbstvertrauen wurde durch das Erlernen und Entdecken von Fertigkeiten und den Umgang mit Herausforderungen gebildet. Dabei erhöhte sich das Selbstwertgefühl. In Studie [1] wird von der Bildung einer neuen Identität und erhöhter Motivation gesprochen.

### 3.3. Betätigungsbasierung und Betätigungsfokussierung in den Studien

Die nachfolgende Tabelle dient der Übersicht über die Einteilung der 5 Hauptstudien in die Kategorien „betätigungsbasiert“ und „betätigungsfokussiert“.

| Studie | betätigungs-<br>basiert | betätigungs-<br>fokussiert |
|--------|-------------------------|----------------------------|
| [1]    |                         |                            |
| [2]    |                         |                            |
| [3]    |                         |                            |
| [4]    |                         |                            |
| [5]    |                         |                            |

|  |                   |
|--|-------------------|
|  | erfüllt           |
|  | teilweise erfüllt |

Tabelle 3

Alle 5 identifizierten Studien basieren oder fokussieren auf Betätigung. In Studie [1] waren die Interventionen eher betätigungsbasiert. Es wurden für die Teilnehmer bedeutungsvolle Freizeitaktivitäten angeboten, wobei die Teilnehmer selbständig ein Angebot auswählen konnten, welches ihrer Betätigung entsprach. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass in der Studie nicht angegeben wurde, ob jeder Teilnehmer eine für sich passende Freizeitbetätigung in den angebotenen Interventionen wiederfand. Der Fokus wurde in Studie [1] nicht auf die Verbesserung der Betätigung an sich gelegt, sondern auf die Verbesserung bestimmter Funktionen (Fertigkeiten), mit dem Ziel der Teilhabe an der Gesellschaft, nach Entlassung aus der Haft.

Studie [2] ist in ihren Freizeitangeboten ebenfalls betätigungsbasiert. Zudem konnten die Teilnehmer mit Hilfe der Therapeuten, die Intervention selbständig als Gruppe planen und durchführen. Die Interventionen basieren auf verschiedenen Betätigungsbereichen der Teilnehmer. Jedoch wurde auch in dieser Studie der Fokus auf die Verbesserung von bestimmten Fertigkeiten gelegt und nicht auf die Betätigung.

Studie [3] war teilweise betätigungsfokussiert. Dies traf dann zu, wenn die Teilnehmer ihre Erfahrungen mit Betätigungen in der Gruppe evaluierten. Einigen Teilnehmern gelang es, diskutierte Anregungen über die Betätigung in der Gruppe zuhause im Alltag auf die momentane Situation neu anzupassen, was eine



spezifische Betätigung für einzelne Teilnehmer wieder möglich machte. Da jedoch nicht nur die Meinungen, Gefühle und Erfahrungen der Teilnehmer zur Betätigung, sondern auch zu verbalen Gruppentherapien erhoben wurden, erfüllt die Studie das Kriterium „betätigungsfokussiert“ nicht gänzlich.

Die Studie [4] wird von den Verfasserinnen als betätigungsbasiert und betätigungsfokussiert angesehen. Die handwerklichen Tätigkeiten im offenen Zentrum waren betätigungsbasiert. Die Teilnehmer besuchten die *meeting places* freiwillig und konnten sich selbständig eine Handwerksarbeit auswählen. Zudem stellten die Forscher fest, dass das Handwerk bei den Teilnehmern zu einer Gewohnheit wurde. Somit konnten die Teilnehmer auch während der Arbeit Erfahrungen untereinander austauschen, was wiederum das Handhaben der täglichen Betätigung verbesserte. Was auf eine Betätigungsfokussierung hinweist. Ausserdem stellten die Forscher in der ethnografischen Studie Fragen zur Betätigung der Teilnehmer, was ebenfalls auf eine Betätigungsfokussierung hindeutet.

In der fünften Studie [5] nahmen die Teilnehmer freiwillig an den Backgruppen teil und äusserten Freude an dieser Tätigkeit. Dies wird somit als Betätigung angesehen und die evaluierte Intervention folglich als betätigungsbasiert kategorisiert. Da die Studie jedoch nicht die Durchführung solcher Gruppenaktivitäten beinhaltet, sondern lediglich durch semistrukturierte Interviews die Erfahrungen der Teilnehmer in der Betätigung in der Gruppen erfragte, gilt sie als betätigungsfokussiert.

### **3.4. Kritische Würdigung der Hauptstudien**

In allen 5 Hauptstudien werden die jeweiligen Forschungsziele klar beschrieben. Mit Ausnahme der Studie [2] weisen die Hauptstudien genügend Hintergrundliteratur auf. Die Hintergrundliteratur erscheint jeweils geeignet, aufschlussreich und für die Studie bedeutend. Die Studie [2] inkludierte total 11 zusätzliche Studien für die Hintergrundliteratur, wobei 5 davon die angewandten Assessments darstellen. Die Relevanz für die Ergotherapie wird in allen Studien thematisiert und mit Ausnahme der Studie [2] mit ausreichend Literatur untermauert. Die *Outcomes* der Studie [2] sind nur teilweise relevant für die Ergotherapie. Deren interprofessionelle Intervention jedoch ist von grosser Relevanz, da sie betätigungsbasiert ist. Die

Studien [1], [4] und [5] wurden von einer offiziellen externen Stelle ethisch geprüft. In Studie [3] wurden ethische Aspekte diskutiert, während in Studie [2] weder eine Diskussion noch eine Prüfung derer zu finden ist.

Die drei qualitativen Studien [3], [4] und [5] wählten ein angemessenes Design. Dank der Benutzung von Inhaltsanalysen konnten die für die Fragestellung zentralen Ergebnisse gesammelt werden. Durch den qualitativen Ansatz und die jeweils eher kleinen Stichprobe, ist die Generalisierbarkeit nicht gegeben. Die zwei quantitativen Studien [1] und [2] wählten geeignete und nachvollziehbare Designs an, wobei in Studie [2] das Fall-kontrollierte-Design kritisiert werden kann, da dieses eine Aussage zu Ursache und Wirkung verhindert. Trotzdem werden in der Studie Wirkungszusammenhänge untersucht. In Studie [1] hätte aufgrund der verschiedenen Messzeitpunkte ein zusätzlicher Wilcoxon-Test<sup>o</sup> durchgeführt werden können. Die vorhandenen Daten und die Verteilung dieser (nicht parametrisch, ordinalskaliert, Normalverteilung) sprechen jedoch für die gewählten Analysemethoden und beantworten die Fragestellung ausreichend.

Alle Studien weisen eine kleine Stichprobengröße von jeweils 12 bis 24 Teilnehmer pro Interventions- / Kontrollgruppe auf. Aufgrund der kleinen Stichprobengröße sind die Signifikanz der einzelnen Resultate sowie die Generalisierbarkeit kritisch zu beurteilen. Alle Studien rekrutierten freiwillige Teilnehmer. In der Studie [3] brachten die Teilnehmer laut den Autoren schon gewisse Ressourcen mit, da sie freiwillig an der Studie teilnahmen und dazu schon bestimmte Voraussetzungen nötig waren. In Studie [1] ist zu beachten, dass die Kontrollgruppe mehr Teilnehmer mit Stimmungskomponenten aufweist, was eine mögliche Verzerrung der Ergebnisse bedeuten könnte. Es wurden nur in den Studien [1], [2] und [3] klare Diagnosen genannt, während in Studie [4] Vermutungen der Therapeuten zu den Diagnosen angestellt und in der Studie [5] keine spezifischen Diagnosen beschrieben wurden. In der Studie [5] wurde nur erwähnt, dass die Studie auf einer Station für Menschen mit psychischen Erkrankungen durchgeführt wurde. Zur Ermittlung der Stichprobengröße wurde in Studie [1] und [2] jeweils keine *power calculation* / *sample size calculation*<sup>o</sup> gemacht.

In den Studien [1], [2], [4] und [5] wurden keine Vorgaben zu Geschlecht gemacht, weshalb die Resultate wahrscheinlich durch die Mehrheit der Frauen oder in Studie [5] die Mehrheit der Männer beeinflusst sind.

Die Rolle der Geschlechterverteilung müsste vor allem in der Studie [5] genauer untersucht werden. In dieser Studie war das männliche Geschlecht deutlich stärker vertreten als das weibliche, dies trotz einer gesellschaftlich-traditionell gesehen eher frauentypischen Aktivität. In dieser Studie wurde weniger als in den anderen Studien von einem Zugehörigkeitsgefühl und von positiven Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen und Fertigkeiten der Teilnehmer gesprochen.

Die Methode ist in den qualitativen Studien [3] und [4] unvollständig beschrieben. In Studie [3] ist nicht ersichtlich, nach welchem Fragekatalog vorgegangen wurde. Jedoch wurden die Interviews wortwörtlich transkribiert und nach Krueger (2000) analysiert. Mittels Triangulation wurden in der Studie [4] Beobachtungen und Analyse durchgeführt, wobei ein Autor gleichzeitig Forscher sowie Beobachter war. In Studie [5] war ein Forscher gleichzeitig Therapeut der befragten Klienten. Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit und damit auch objektive Ergebnisse sind bei den Studien [3], [4] und [5] in Frage zu stellen. In Studie [4] wurden die Resultate von den Teilnehmern kommunikativ validiert. Der Forschungsprozess des ethnografischen Designs ist für den Leser nicht nachvollziehbar und somit auch nicht wiederholbar. In Studie [5] wurden keine klaren Ein- und Ausschlusskriterien formuliert. Jedoch wurden alle Daten von einer Zweitperson analysiert. In den quantitativen Studien [1] und [2] wurden erprobte, etablierte und den Fragestellungen angepasste Assessments verwendet, wobei die Reliabilität sowie Validität der einzelnen Assessment nicht angegeben wurde. In beiden Studien wurden die Assessments durch die Therapeuten erhoben, was eine Objektivität der Ergebnisse anzweifeln lässt. Studie [1] wurde nachvollziehbar beschrieben und wird für eine Reproduktion auf höherem Evidenzlevel empfohlen. Die Reliabilität wird somit von den Verfasserinnen als hoch eingeschätzt. Durch die Wahl eines etablierten Assessments und deren Datenanalyse wird Studie [1] als valide betrachtet. Wären die Teilnehmer jedoch randomisiert in Interventions- und Kontrollgruppe eingeteilt worden, wäre die Validität höher. Genauso nachvollziehbar ist Studie [2] beschrieben. Zudem messen die Assessments die einzelnen *Outcomes*, nach welchen die Hypothese fragt. Mit der ANOVA-Berechnung macht Studie [2] eine passende Datenanalyse. Auch Studie [2] weist somit hohe Reliabilität und Validität auf, wobei auch hier eine Randomisierung zu empfehlen wäre.

Die Ergebnisse wurden in allen Studien übersichtlich und verständlich dargestellt. Allein in Studie [4] wurden die Ergebnisse mit einer unzureichenden Menge an Zitaten belegt. In der Diskussion legen alle Studien ihre Stärken sowie Limitationen offen dar. Bei Studie [2] kann die Erwähnung nur einer Limitation kritisch hinterfragt werden. Studie [3] weist zudem keine eindeutige Schlussfolgerung auf. Die beiden quantitativen Studien befinden sich auf der Evidenzstufe III nach der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (Department of Health and Human Services, 1992), die qualitativen auf der Stufe IV.

## **4. Diskussion**

### **4.1. Diskussion anhand der Sets**

Dieses Review weist positive Auswirkungen von ergotherapeutischen Gruppentherapien im Fachbereich Psychiatrie in den Bereichen soziale Beziehungen, Entwicklung von Fertigkeiten und Selbstwert und -vertrauen bei Klienten mit Schizophrenie, Depression oder Angststörungen auf. Zudem wird die Wichtigkeit von sinnvollen Betätigungen und Kontextfaktoren betont. Nebst den Hauptstudien zeigen auch andere Studien die Wichtigkeit einzelner Faktoren auf. Nachfolgend sind die Argumentationen nach den gebildeten Sets aufgeführt. Es wird ein Vergleich zwischen den Ergebnissen der Hauptstudien mit weiterer Literatur gezogen.

#### Training von Fertigkeiten

Es zeigen alle Hauptstudien Veränderungen in den Fertigkeiten und Fähigkeiten auf. In den Hauptstudien wurden Verbesserungen in den Prozessfertigkeiten und Problemlösefertigkeiten beobachtet. In Bezug auf die sozialen Interaktionsfertigkeiten zeigten vor allem die Teilnehmer der Studie [1] eine signifikante Verbesserung. Aber auch in Studie [4] wurden bei den Teilnehmern gute soziale Fertigkeiten beobachtet. In unterschiedlichen Teilbereichen der sozialen Interaktion beschreiben alle Studien Fortschritte. Generell lassen die Resultate auf eine Verbesserung von sozialen Fertigkeiten schliessen, allerdings nicht immer auf die gleichen spezifischen

Fertigkeiten. Dies liegt vermutlich auch daran, worauf die Forscher ihren Fokus gelegt haben, oder an den für die Auswertung ausgewählten Instrumenten. Es existiert viel Evidenz für die Wirksamkeit von *social skills trainings* in der Psychiatrie, allerdings nicht auf die Ergotherapie bezogen. Chien et al. (2003) fanden in ihrer Studie heraus, dass Training von Konversation und Selbstbewusstsein eine signifikante Verbesserung in den sozialen Fertigkeiten bei Klienten mit einer Schizophrenie aufweist. Bereits Van Dam-Baggen und Kraaimaat (1986) stellten den positiven Effekt von Trainings sozialer Fertigkeiten bei psychiatrischen Klienten fest. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigte ihre Interventionsgruppe weniger soziale Ängste und eine grössere Verbesserung in den sozialen Fertigkeiten. Seo et al. (2007) führten eine Studie durch, in der Konversation und Selbstbewusstsein trainiert wurden. Diese Intervention hatte positive Auswirkungen auf Konversationsfertigkeiten, interpersonelle Beziehungen, Selbstbewusstsein sowie das Selbstwertgefühl der Interventionsgruppe, jedoch keine Auswirkungen auf Problemlösefertigkeiten. Diese Art von verbalen Gruppentherapien wird oft von Pflegefachkräften und anderen Professionen durchgeführt. Genauso oft werden diese Trainings auch in der Ergotherapie vorgefunden. Da diesen Trainings meistens keine ergotherapeutischen Modelle oder Theorien, sondern psychosoziale Denkansätze zugrunde liegen, sind diese nach Ansicht der Verfasserinnen im Grundgedanken nicht ergotherapeutisch. Die Studie von Dielacher und Höss (2011) zeigt aus ergotherapeutischer Sicht auf, dass im psychiatrischen Setting das Training von alltagspraktischen und sozialen Fertigkeiten mehr Platz erhalten sollte. Zusätzlich könnten noch mehr ergotherapeutische Interventionen in der beruflichen Integration angeboten werden. Die klientenzentrierten ergotherapeutischen Massnahmen zeigten nämlich eine Verbesserung in der Handlungskompetenz, Zufriedenheit, Lebensqualität und sozialen Fertigkeiten.

### Soziale Beziehungen

Studie [2] und [3] berichten von einem Zugehörigkeitsgefühl der Gruppenteilnehmer. Einzig in Studie [5] empfanden die Teilnehmer nur zum Teil ein Zugehörigkeitsgefühl. Besonders in der Studie [4] spielte der *peer support* eine wichtige Rolle. Die Teilnehmer gingen sehr fürsorglich miteinander um. Sie boten sich gegenseitige Unterstützung an und fühlten während des Ausübens der handwerklichen Tätigkeiten

eine starke Verbindung zueinander. Wie bereits erwähnt, wurden in allen Studien auch soziale Fertigkeiten trainiert, was auf ein allgemein verbessertes Sozialverhalten schliessen lässt, dies wiederum dürfte das knüpfen sozialer Beziehungen erleichtern.

Bickes, DeLoache, Dicer und Miller (2001) argumentieren, dass ergotherapeutische Gruppentherapien die Reintegration von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in die Gesellschaft mittels ADL-Trainings, Selbstsicherheitstraining, Verhaltensmanagement, Lösungsstrategien, Selbstbewusstseinsfertigkeiten, sozialen Fertigkeiten und Zeitmanagement erreichen können. Trotz dieser Erkenntnis fokussiere die Forschung sehr oft auf Interventionen mit Kommunikations- und sozialen Fertigkeiten, statt ADLs. Ergotherapeuten im psychiatrischen Setting stehen der Herausforderung gegenüber, den Klienten eine Therapie anzubieten, welche von ihnen geschätzt wird (Lloyd & Maas, 1997). Die Forschung hat laut Lloyd und Maas (1997) ergeben, dass Aktivitäten als Grundlage der Therapie positive Gruppenerfahrungen ermöglichen.

Nach Bullock und Bannigan (2011) ist aktivitätsbasierte Gruppentherapie im psychiatrischen Setting unter den Ergotherapeuten sehr verbreitet, da Aktivität in Gruppen die Fertigkeiten verbessert und die soziale Inklusion begünstigt. Die Studie kommt zum Schluss, dass die aktivitätsbasierte Gruppentherapie einen möglichen positiven Effekt haben kann, jedoch zu wenig Literatur dazu existiert.

### Sinnvolle Betätigung

Die sinnvolle Betätigung wird in allen Studien hervorgehoben und sollte in der Ergotherapie das Fundament jeder Intervention darstellen. Bickes et al. (2001) verglichen in ihrer Studie eine betätigungsbasierte verbale Ergotherapiegruppe mit einer betätigungsbasierten erfahrungsbezogenen Ergotherapiegruppe. Sie kommen zum Schluss, dass beide betätigungsbasierten Gruppen Fortschritte in alltagsbezogenen Fertigkeiten machten. Keine der Gruppen zeigte verglichen mit der anderen signifikant grössere Verbesserungen. Betätigungsbasiert hiess für die Autoren, dass die Aktivität für die Klienten bedeutungsvoll war.

Weitere Studien konnten die Wichtigkeit von Betätigung für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung darlegen. So stellten Farnworth, Nikitin und Fossey (2004) fest, dass die Betätigung für Menschen mit einer psychischen

Beeinträchtigung in einer Strafanstalt von grosser Bedeutung ist. Die Betätigung gibt den Menschen eine Tagesstruktur in der Anstalt. Auch kann die Rückfallrate der Straftäter durch Ausüben von Betätigung minimiert werden. Obwohl eine Anstalt für Straftäter wenig Möglichkeiten und Platz bietet, um verschiedene Betätigungen auszuführen, konnten die Autoren aufzeigen, dass das Ausführen der Betätigung einem Menschen Trost spenden kann und ihn auf die Aussenwelt vorbereitet. Dabei ist es wichtig als Therapeut, den Klienten mit seiner Betätigungsgeschichte individuell wahrzunehmen.

Lindstedt, Grann und Söderlund (2011) teilten die tägliche Betätigung in zwei Dimensionen. Die Betätigungsperformanz und die soziale Partizipation. Die Betätigungsperformanz sind Fertigkeiten und Aktivitäten, die der Mensch im täglichen Leben braucht. Dazu gehören zum Beispiel Arbeit, Spiel und Freizeit. Die soziale Partizipation ist die Fähigkeit, mit sozialen Situationen adäquat umzugehen, also auch die zwischenmenschlichen Aspekte in den Bereichen Arbeit, Spiel und Freizeit. Die Autoren untersuchten die Veränderungen in der Betätigungsperformanz sowie der sozialen Partizipation, ein Jahr nach der Standardtherapie. Dabei zeigten die anhand von Assessments erhobenen Ergebnisse eine Verbesserung in der sozialen Partizipation. Die Veränderung in der Betätigungsperformanz ist jedoch fraglich, da die Teilnehmer sich selbst besser einschätzten als die Therapeuten. Das Wichtigste dabei, erklären die Autoren, ist die frühzeitige, zielgerichtete Interventionsplanung. Die Autoren kommen zum Schluss, dass mehr Interventionen zur täglichen Betätigung eingeplant und durchgeführt werden sollten.

Betätigung heben auch Nordström, Skärsäter, Björkman und Wijk (2009) hervor. Sie sagen, dass sinnvolle Betätigung wesentlich für die Partizipation in der Gesellschaft ist. Dabei spielt die Unterstützung der Familie und des Staates eine wichtige Rolle. Eklund und Leufstadius (2007) sagen, dass die sinnvolle Betätigung dem Menschen nicht nur ein sinnvolles Leben bietet, sondern auch eine sinnvolle Identität.

Eine häufig verwendete therapeutische Intervention in der Psychiatrie ist die Kunsttherapie. Die Studie von Crawford et al. (2012) versuchte die Wirksamkeit der kunstbasierten Gruppentherapie aufzuzeigen. Dabei stellten die Autoren fest, dass diese Art von Gruppentherapie nicht kosteneffizient ist. Auch sollte sie nicht im psychiatrischen Setting, insbesondere nicht bei Menschen mit einer Schizophrenie, als Therapieform angeboten werden. Nach zwei Jahren wurde eine weitere Studie

zur kunstbasierten Gruppentherapie durchgeführt, welche auf der Studie von Crawford et al. (2012) aufbaut. Aber auch diese Studie konnte keine Wirksamkeit der kunstbasierten Gruppentherapie aufzeigen. Sie ermuntert aber zur Erforschung von anderen kreativbasierten Gruppentherapie-Interventionen (Leurent et al., 2014). Auch die Studie von Ruddy und Milnes (2005) greift die kunstbasierte Gruppentherapie auf und sieht sie als Mittel zur Veränderung der sozialen Fertigkeiten eines Klienten sowie seines Selbstwerts. Sie erklären, dass das Ziel von Kunsttherapien die Entdeckung der eigenen inneren Welt sei. Doch auch diese Studie zeigt einen Mangel an Wirksamkeit auf. Im Vergleich von Inhalt und Ziel dieser Kunststudien mit der Definition von Ergotherapie und den von der Literatur empfohlenen Interventionen, kommen die Verfasserinnen zum Schluss, dass klassische Kunsttherapien nicht ergotherapeutisch sind. So zum Beispiel weicht ausdruckszentriertes Malen mit dem Ziel der Verbesserung des Selbstwertes und die Auseinandersetzung mit sich selbst von den Zielen der Ergotherapie ab. Wichtig an ergotherapeutischen Interventionen ist der Alltagsbezug. Eine Aktivität, welche für die Klienten eine persönliche Bedeutung hat, wird als Betätigung bezeichnet (Law, Polatajko, Batiste & Townsend, 1997). Dabei bleibt die Frage offen, ob Kunsttherapie für Menschen mit psychischen Erkrankungen in einer Klinik wirklich sinn- und bedeutungsvoll und damit eine Betätigung ist.

### Kontextfaktoren

Nicht ausser Acht zu lassen sind die Kontextfaktoren. Vor allem Studie [5] hebt die Relevanz der therapeutischen Umgebung hervor, da die Umwelt einen grossen Einfluss auf die Motivation hat. In Studie [1] wird deutlich aufgezeigt, welchen Einfluss die Umwelt auf den Genesungsprozess eines Teilnehmers ausübt. Je nach Institution und deren Einrichtung kann ohne die sinnvolle Betätigung ein Betätigungsentzug die Folge sein. Eine geeignete Arbeitsplatzeinrichtung scheint für jegliche Therapie von Bedeutung zu sein. Die Relevanz des individuellen sozialen Umfelds wurde in den Hauptstudien wenig beachtet. Es ist anzunehmen, dass auch hier die Forscher in erster Linie einen anderen Fokus legten.

Auch andere Studien identifizierten den wesentlichen Einfluss der Kontextfaktoren auf das Gelingen von Gruppentherapien im psychiatrischen Setting. Parkinson (1999) fand in ihrer Studie heraus, dass die Teilnahme an ergotherapeutischen



Angeboten bei sogenannten *open-door* Gruppen deutlich höher ist als bei fix geplanten regelmässigen Therapien. In *open-door*-Gruppen haben Klienten die Möglichkeit, Zeitpunkt und Dauer der Teilnahme selber zu bestimmen. Damit wird eine druckfreie Atmosphäre geschaffen. Zu den gleichen Erkenntnissen kommen auch die Autoren der Hauptstudien [4] und [5]. Zudem fand laut Parkinson (1999) durch die Angebote an *open-door* Gruppen der Erstkontakt viel früher statt. Dieses Angebot ebnet den Weg zu einer klientenzentrierten Praxis, da es den Bedürfnissen von stationären Klienten mit psychischen Erkrankungen entspreche.

Dass das Umfeld eine wichtige Rolle spielt, zeigt auch die Studie von Nordström et al. (2009). Ein Mensch mit einer psychischen Beeinträchtigung braucht Unterstützung durch sein Umfeld. Am wichtigsten dabei ist die Rolle der Familie. Nebst dem informellen spielt auch das formelle Unterstützungssystem eine wichtige Rolle. Dabei ist es essentiell, dass das formelle und informelle Unterstützungssystem gut zusammenarbeiten. Denn die Autoren stellten eine Diskrepanz zwischen dem Unterstützungssystem und dem Bedarf des Klienten fest.

Nach Killaspy et al. (2013) wird eine psychische Krankheit von der Gesellschaft oft mit einer reduzierten Produktivität und sozialen Integration gleichgesetzt. Je produktiver und integrierter eine Person mit einer psychischen Beeinträchtigung jedoch ist, desto grösser empfindet dieser die Ablehnung in der sozialen Inklusion. Die Autoren fragen daher nach einer evidenzbasierten Intervention, die sich auf die Betätigung und die sozialen Fertigkeiten fokussiert.

Laut Lloyd und Maas (1997) verwenden Ergotherapeuten verschiedenste Arten von Gruppentherapien im psychiatrischen Setting, besonders Aktivitätsgruppen, verbale Gruppen, soziale Gruppen und aktivitätsbasierte verbale Gruppen. Es sei wichtig für den Therapeuten, sich bewusst zu sein, dass die verschiedenen Gruppen einen Einfluss auf die Interaktionsmuster der Teilnehmer haben. Der Therapeut muss fähig sein, die Gruppenstruktur zur therapeutischen Zielerreichung anzupassen.

O'Brien et al. (1972) verglichen in ihrer Studie die Wirkung von Gruppenpsychotherapie mit Einzeltherapie bei Klienten mit Schizophrenie und stellten fest, dass sich die psychischen und sozialen Eigenschaften der Klienten, welche Gruppentherapie erhielten, signifikant verbesserten, im Gegensatz zu den Klienten mit Einzeltherapie. Keinen Unterschied gab es in der Rehospitalisierungsrate.

### Selbstwert und Selbstvertrauen

Durch das Erlernen von Fertigkeiten wird laut Studie [5] auch der Selbstwert gesteigert. Studien [2] und [3] unterstützen diese Aussage, wobei Studie [3] eine weitere Verbesserung in der Selbstwirksamkeit sowie dem Selbstvertrauen feststellte. Studie [1] spricht sogar von Bildung einer neuen Identität.

Für Kealy (2011) ist die Selbstwahrnehmung etwas vom Wichtigsten, denn es beeinflusst alles womit ein Mensch in Kontakt kommt. Nebst geringen sozialen Fertigkeiten zeigen nach Seo et.al. (2007) vor allem Menschen mit einer Schizophrenie auch ein niedriges Selbstwertgefühl. Der Mangel an sozialen Fertigkeiten steht in Verbindung mit dem niedrigen Selbstwertgefühl. Der Selbstwert ist laut den Autoren einer der wichtigsten Faktoren für einen langanhaltenden Rehabilitationserfolg und die Minimierung der Rückfallgefahr. Zwar konnte keine Veränderung in den Problemlösestrategien bei den Klienten festgestellt werden, doch zeigte sich eine signifikante Verbesserung der sozialen Fertigkeiten sowie im Selbstwert. Die Autoren sagen aus, dass wenn ein Klient einmal gelernt hat, wie er kommunizieren und in zwischenmenschlichen Situationen angepasst reagieren kann, er positive Rückmeldungen von Anderen erhält. Dies steigert wiederum den Selbstwert und führt zu verbesserten sozialen Fertigkeiten, da sich der Klient durch die Ermutigung mehr zutraut. Zur Festigung des Selbstwertgefühls sind auch reale Konfrontationen in der Öffentlichkeit nötig, zum Beispiel eine soziale Aktivität wie Bowling.

Ähnlich zeigt die Studie von Cook, Chambers und Coleman (2009), dass die Ergotherapiegruppe im Vergleich zu der Gruppe mit der Standard-Therapie einen signifikanten Unterschied in den Bereichen der Beziehung, der Erholung und der Selbstständigkeit eines Menschen mit Schizophrenie aufweist. Nach Killaspy et al. (2013) wirken Interventionen, welche das Selbststigma betreffen, der sozialen Isolation entgegen.

#### **4.2. Stärken des Reviews**

Dieses Review stützt sich ausschliesslich auf aktuelle Literatur. Keine Hauptstudie ist zum Zeitpunkt der Recherche für dieses Review älter als 10 Jahre. Somit konnte eine zeitgemässe Aussage zur Beantwortung der Forschungsfrage gemacht werden. Die Recherche wurde von beiden Verfasserinnen systematisch durchgeführt und die Hauptstudien nach vorgängig definierten Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt. Dies diente der Gewährleistung eines gewissen Grades an Objektivität der Ergebnisse dieses Reviews. Die beantwortete Forschungsfrage ist für die Ergotherapie von hoher Relevanz. Die verwendete Hintergrundliteratur unterstreicht die Relevanz der Forschungsfrage mit weiterführenden Argumenten. Zudem werden die gefundenen Ergebnisse der Hauptstudien mit treffender Hintergrundliteratur unterstützt. Die Ergebnisse beschreiben vielseitige Angebote der ergotherapeutischen Gruppentherapie. Alle der 5 identifizierten Hauptstudien beziehen sich auf Betätigung, sei dies als Intervention oder als Fokus der Befragungen. Die Interventionen werden mindestens zum Teil von Ergotherapeuten durchgeführt. 4 von 5 Studien wurden in Europa und alle in Industriestaaten durchgeführt, somit kann teilweise ein Übertrag auf die Schweiz gemacht werden.

#### **4.3. Limitationen des Reviews**

Es wurden nur 5 zur Fragestellung passende Studien gefunden. Die Hauptstudien befinden sich auf einer niedrigen Evidenzstufe, dadurch ist Objektivität der Ergebnisse des Reviews eingeschränkt. In allen 5 Studien nahmen die Teilnehmer freiwillig an den Interventionen oder der Evaluation der Interventionen teil. Dies lässt auf ein nicht generalisierbares Resultat schliessen, denn die Ergebnisse repräsentieren nicht den Anteil an psychiatrischen Klienten, welche sich solchen Gruppenangeboten oder –evaluationen enthalten.

Auch weisen alle Studien eine kleine Stichprobengrösse auf, was eine Generalisierung ebenfalls nicht erlaubt. Zudem untersuchten die Studien mehrheitlich spezifische psychiatrische Diagnosen, was den Übertrag von Auswirkungen der Interventionen aus den Studien auf allgemeine ergotherapeutische Gruppentherapie nur zum Teil ermöglicht. Mit der identifizierten Literatur ist kein Vergleich zwischen Gruppen- und Einzelsetting möglich.

## 5. Schlussfolgerung

Dieses Review hatte zum Ziel, die Auswirkung von ergotherapeutischen Gruppentherapien im Fachbereich Psychiatrie aufzuzeigen, einerseits um Evidenz für die Praxis zu sammeln und andererseits um Empfehlungen an Berufsleute in der Praxis geben zu können. Dazu wurden Studien gesucht, die eine Wirksamkeit von ergotherapeutischen Gruppentherapien im psychiatrischen Setting untersuchen. Analog zu Guba (2007) wurde eine systematische Literaturrecherche in den ausgewählten Datenbanken mit den definierten *Keywords* durchgeführt. Die 5 Hauptstudien, welche durch die Ein-/Ausschlusskriterien inkludiert wurden, fassten die Verfasserinnen nach dem EMED-Format (LoBiondo-Wood & Haber, 2005; Bartholomeyczik et al., 2008; Flick et al., 2010) zusammen und bewerteten sie auch danach.

Zur Darstellung eines Konsenses wurden die Ergebnisse der Hauptstudien im Ergebnis- sowie Diskussionsteil dieses Reviews anhand von Sets dargelegt. Die 5 Hauptstudien zeigen in ihren Ergebnissen positive Veränderung in den Bereichen der Betätigung, der sozialen Interaktionsfertigkeiten und dem Selbstwert auf. Die Verfasserinnen sehen es daher als relevant an, dass Ergotherapeuten, die im psychiatrischen Setting tätig sind, ihre Gruppeninterventionen betätigungsbasiert oder betätigungsfokussiert gestalten. Diese zeigen nicht nur gewisse Evidenz auf, sondern können auch die Abgrenzung zu anderen Professionen erleichtern, was wiederum die professionelle Identität stärkt. Auch Trainings von sozialen Fertigkeiten weisen Wirksamkeit auf, somit kann dies in der Ergotherapie als bedeutendes Interventionsporgramm betrachtet werden. Jedoch muss differenziert angesehen werden, ob diese Programme ergotherapeutisch einsetzbar sind. Der Einsatz von Kunsttherapien in der Ergotherapie wird von den Verfasserinnen nicht ohne Vorbehalt empfohlen, da diese nicht ergotherapeutisch sind und auch kaum Evidenz aufweisen.

Die Erkenntnisse aus diesem Review und der Vergleich mit weiterer Literatur zeigt eine Tendenz zu betätigungsbasierten und betätigungsfokussierten Gruppentherapien und-Trainings von sozialen Fertigkeiten auf. Diese können auch in Kombination eingesetzt werden, wie Studie [1] und [4] zeigen. Sie führten eine Intervention durch, welche die sozialen Fertigkeiten verbesserte und gleichzeitig

betätigungsbasiert war. Im Bereich des Kontextes konnten zwar die Auswirkungen des therapeutischen Settings aufgezeigt werden, jedoch besteht vor allem in Bezug auf das persönliche Umfeld weiterer Forschungsbedarf, genauso besteht ein Forschungsbedarf bezüglich weiterer psychiatrischer Diagnosen. Zwar können durch die Studien Aussagen zu den verschiedenen Faktoren wie Betätigung, soziale Fertigkeiten, Selbstwirksamkeit und Kontext gemacht werden, jedoch nur in Bezug auf Schizophrenie, Depression und Angststörung. Ob ergotherapeutische Gruppentherapien in der Psychiatrie für andere psychiatrische Diagnosen genauso wirksam sind, bleibt offen.

Die Frage nach der Auswirkung von ergotherapeutischen Gruppentherapie kann jedoch in Bezug auf die Diagnose Schizophrenie, Depression und Angststörung in den Bereichen der Betätigung und der sozialen Interaktionsfertigkeiten als beantwortet angesehen werden.

Obwohl dieses Review zwar positive Auswirkungen von ergotherapeutischen Gruppentherapien aufzeigt, wurde jedoch in keiner Studie ein Vergleich zur Einzeltherapie gemacht. Daraus ergibt sich ein weiteres Forschungsdesiderat. Zudem zeigt die geringe Anzahl vorgefundener Studien, dass das Thema insgesamt bisher noch nicht ausführlich erforscht wurde.

## **6. Quintessenz**

Ergotherapeutische Gruppentherapien im psychiatrischen Setting haben sowohl positive Auswirkungen auf die Betätigungen als auch auf die sozialen Fertigkeiten. Aufgrund der spärlichen Ergebnisse der Literaturrecherche besteht dringender Bedarf an weiterer Forschung zum Thema „ergotherapeutische Gruppentherapien in der Psychiatrie“, idealerweise auf hohem Evidenzlevel, sprich mindestens unter Einbezug randomisierter kontrollierter Studien.

## Verzeichnis

### Literaturverzeichnis

- Ajdacic-Gross, V. & Graf, M. (2003). *Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Ashby, S., Ryan, S., Gray, M. & James, C. (2013). Factors that influence the professional resilience of occupational therapists in mental health practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60, S. 110–119. doi:10.1111/1440-1630.12012
- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H. & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung, Begriffe aus Forschung und Theorie*. München: Urban & Fischer.
- Bickes, M. B., DeLoache, S. N., Dicer, J. R. & Miller, S. C. (2001). Effectiveness of Experiential and Verbal Occupational Therapy Groups in a Community Mental Health Setting. *Occupational Therapy in Mental Health*, 17(1), S. 51-72.
- Bullock, A. & Bannigan, K. (2011). Effectiveness of activity-based group work in community mental health: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, S. 257–266. doi:10.5014/ajot.2011.001305
- Chien, H.-C., Ku, C.-H., Lu, R.-B., Chu, H., Tao, Y.-H. & Chou, K.-R. (2003). Effects of Social Skills Training on Improving Social Skills of Patients With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*(5), S. 228-236.
- Chien, W. & Yip, A. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part I: an overview and medical treatments. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, S. 1311–1332. doi:10.2147/NDT.S37485
- Christopher, A. & Weise, A. (2014). *Umfrage zu Forschungsempfehlungen aus berufspolitischer Sicht im EVS (2013)*. Abgerufen am 22. Juli 2014 von <http://www.ergotherapie.ch/index.cfm?Nav=35&ID=6>
- Cook, S. & Chambers, E. (2009). What helps and hinders people with psychotic conditions doing what they want in their daily lives. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(6), S. 238-248.
- Cook, S., Chambers, E. & Coleman, J. (2009). Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings: a pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 23, S. 40–52. doi:10.1177/0269215508098898
- Crawford, M., Killaspy, H., Barnes, T., Barrett, B., Byford, S., Clayton, K., . . . Waller, D. (2012). Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: a randomised controlled trial (MATISSE). *Health Technology Assessment*, 16(8), S. 1-71. doi:10.3310/hta16080
- Department of Health and Human Services. (1992). *Acute pain management: operative or medical procedures and trauma. Clinical practice guideline no. 1* (32. Ausg., Bd. 92). Rockville, MD, USA: AHCPR Publication.
- Dielacher, S. & Höss, V. (2011). Ergotherapie in der beruflichen Integration psychisch erkrankter Menschen. *Occupational Therapy in Vocational Rehabilitation of Adults with Mental Illness*, 50, S. 308–315. doi:10.1055/s-0031-1280809

- Eklund, M. & Leufstadius, C. (2007). Relationships between occupational factors and health and well-being in individuals with persistent mental illness living in the community. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(4), S. 303-313.
- ErgotherapeutInnen Verband Schweiz. (2011). *Berufskodex. 3. überarbeitete Ausgabe Mai 2011*. Abgerufen am 22. Juli 2014 von <http://www.ergotherapie.ch/index.cfm?nav=41&id=22>
- ErgotherapeutInnen Verband Schweiz. (2012). *Definitionen der Ergotherapie*. Abgerufen am 4. September 2014 von [http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Ergoinfo/Définitions%20de%20l'ergothérapie\\_D.pdf](http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Ergoinfo/Définitions%20de%20l'ergothérapie_D.pdf)
- Farnworth, L., Nikitin, L. & Fossey, E. (2004). Being in a Secure Forensic Psychiatric Unit: Every Day is the Same, Killing Time or Making the Most of It. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(10), S. 430-438.
- Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model*. Fort Collins, Colorado, USA: Three Star Press Inc.
- Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20, S. 162-173.
- Fitzgerald, M. (2011). An evaluation of the impact of a social inclusion programme on occupational functioning for forensic service users. *British Journal of Occupational Therapy*, 10, S. 465-472.  
doi:10.4276/030802211X13182481841903
- Flick, U., Kardorff, U. & Steinke, I. (2010). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Forsyth, K., Salamy, M., Simon, S. & Kielhofner, G. (1998). *The Assessment of Communication and Interaction Skills* (4. Ausg.). Chicago: Department of Occupational Therapy, University of Illinois.
- Guba, B. (2007). Systematische Literatursuche. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 158(1-2), S. 62-69. doi:10.1007/s10354-007-0500-0
- Haglund, L., Ekbladh, E., Thorell, L.-H. & Hallberg, I. (2000). Practice Models in Swedish Psychiatric Occupational Therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*(07), S. 107-113.
- Haley, L. & McKay, E.-A. (2004). 'Baking Gives You Confidence': Users' Views of Engaging in the Occupation of Baking. *British Journal of Occupational Therapy*, 3, S. 125-128.
- Heasman, D. & Atwal, A. (2004). The Active Advice Pilot Project: Leisure Enhancement and Social Inclusion for People with Severe Mental Health Problems. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(11), S. 511-514.
- Horghagen, S., Fostvedt, B. & Alsaker, S. (2014). Craft activities in groups at meeting places: supporting mental health users' everyday occupations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, S. 145-152.  
doi:10.3109/11038128.2013.866691
- Kealy, D. (2011). Transformation at a community mental health centre. *Psychodynamic Practice*, 17(4), S. 419-426.  
doi:10.1080/14753634.2011.613259
- Kielhofner, G. (2008). *Model Of Human Occupation* (4. Ausg.). Chicago: Department of Occupational Therapy, University of Illinois.
- Killaspy, H., White, S., Lalvani, N., Berg, R., Thachil, A., Kallumpuram, S., . . . Mezey, G. (2013). The impact of psychosis on social inclusion and associated factors.

- International Journal of Social Psychiatry*, 0(0), S. 1-7.  
doi:10.1177/0020764012471918
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2000). *Focus groups: A practical guide for applied research* (3. Ausg.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kubny-Lüke, B. (2009). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Law, M., Polatajko, H., Batiste, S. & Townsend, E. (1997). Core concepts of occupational therapy. In E. Townsend, *Enabling occupation: An occupational therapy perspective* (S. 29-56). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Leurent, B., Killaspy, H., Osborn, D., Crawford, M., Hoadley, A., Waller, D. & King, M. (2014). Moderating factors for the effectiveness of group art therapy for schizophrenia: secondary analysis of data from the MATISSE randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49, S. 1703–1710.  
doi:10.1007/s00127-014-0876-2
- Lindstet, H., Grann, M. & Söderlund, A. (2011). Mentally disordered offenders' daily occupations after one year of forensic care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18, S. 302–311. doi:10.3109/11038128.2010.525720
- Lloyd, C. & Maas, F. (1997). Occupational Therapy Group Work in Psychiatric Settings. *British Journal of Occupational Therapy*, 60(5), S. 226-230.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung*. München: Urban & Fischer.
- Miesen, M. (2004). *Berufsprofil Ergotherapie*. Idstein: Schultz-Kirchner.
- Nordström, M., Skärsäter, I., Björkman, T. & Wijk, H. (2009). The life circumstances of persons with a psychiatric disability: a survey in a region in southern Sweden. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, S. 738–748.  
doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01455.x
- O'Brien, C. P., Hamm, K. B., Ray, B. A., Pierce, J. F., Luborsky, L. & Mintz, J. (1972). Group Vs. Individual Psychotherapy With Schizophrenics - A Controlled Outcome Study. *Archives of General Psychiatry*, 27(4), S. 474-478.  
doi:10.1001/archpsyc.1972.01750280042008
- Parkinson, S. (1999). Audit of a Group Programme for Inpatients in an Acute Mental Health Setting. *British Journal of Occupational Therapy*, 62(6), S. 252-256.
- Reid, D., Farragher, J. & Ok, C. (2013). Exploring Mindfulness With Occupational Therapists Practicing in Mental Health Contexts. *Occupational Therapy in Mental Health*, 29, S. 279–292. doi:10.1080/0164212X.2013.819727
- Ruddy, R. & Milnes, D. (2005). Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, S. 1-27.  
doi:10.1002/14651858.CD003728.pub2.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Seo, J.-M., Ahn, S., Byun, E.-K. & Kim, C.-K. (2007). Social Skills Training as Nursing Intervention to Improve the Social Skills and Self-Esteem of Inpatients with Chronic Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(6), S. 317–326.
- Sundsteigen, B., Eklund, K. & Dahlin-Ivanoff, S. (2009). Patients' experience of groups in outpatient mental health services and its significance for daily occupations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, S. 172-180.  
doi:10.1080/11038120802512433
- Tajfel, H. & Turner, J. (1986). The Social Identity Theory of Intergroup Behavior. In W. Austin, & S. Worchel, *Psychology of Intergroup Relations* (2 Ausg., S. 7-24). Chicago: Nelson-Hall.



- Van Dam-Baggen, R. & Kraaimaat, F. (1986). A Group Social Skills Training Program with Psychiatric Patients: Outcome, Drop-Out Rate and Prediction. *Behaviour Research and Therapy*, 24(2), S. 161-169.
- Voruganti, L., Whatham, D., Bard, E., Parker, G., Babbey, C., Ryan, J., . . . MacCrimmon, D.-J. (2006). Going Beyond: An Adventure- and Recreation-Based Group Intervention Promotes Well-Being and Weight Loss in Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(9), S. 575-580.
- Ward, J. D. (2003). The nature of clinical reasoning with groups: A phenomenological study of an occupational therapist in community mental health. *American Journal of Occupational Therapy*(57), S. 625-634.
- Yildiz, M., Veznedaroglu, B., Eryavuz, A. & Kayahan, B. (2004). Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: a controlled study in Turkey. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8, S. 219-225. doi:10.1080/13651500410005595

## Abbildungsverzeichnis

Grafik 1: Grafische Darstellung des primären Selektionsprozesses nach der Literaturrecherche

Grün = Inkludierte Studienanzahl

Gelb = Drop-Outs

S. 12

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Darstellung der Datenbanken in welchen die Verfasserinnen die Literaturrecherche durchführten

S. 10

Tabelle 2: Kurze Darstellung der 5 Hauptstudien

S. 14

Tabelle 3: Einteilung der Hauptstudien in Betätigungsbasiert oder/und Betätigungsfokussiert

Dunkelblau = erfüllt das Kriterium vollständig

Hellblau = erfüllt das Kriterium nur teilweise

S. 24

## Wort- und Zeichenzahl

|  |       |
|--|-------|
| Wortzahl Abstract  | 196   |
| Wortzahl Dokument exklusive Tabellen, Inhaltsverzeichnis...              | 9118  |
| Zeichenzahl Dokument mit Tabellen, ohne Verzeichnisse (mit Leerzeichen)  | 78235 |
| Zeichenzahl Dokument mit Tabellen, ohne Verzeichnisse (ohne Leerzeichen) | 68425 |

## Danksagung

Unser Dank geht an Kim Roos, die uns mit Rat zur Seite stand, damit wir den Überblick nicht verloren, unser Thema eingrenzen und den Spagat zwischen Bachelorarbeit und Integrative Review schaffen konnten.

Auch möchten wir Marion Huber für ihre fachmännische Beratung in der Verfassung des Reviews und der Klärung von statistischen Fragen danken.

Dem ErgotherapeutInnen Verband Schweiz möchten wir für das grosszügige Unterstützungsangebot danken.

Unseren KorrekturleserInnen Claudia Höchner, Tobias Keller, Susanne Kurmann, Daniel Martig, Roland Schreiber und Selina Solenthaler sind wir dankbar für das Ausbaden unserer Grammatikfehler und für ihre tollen Anregungen.

Viele unserer Fragen wurden von unseren Mitstudentinnen beantwortet, von welchen wir auch wertvolle Tipps erhielten – ein herzliches Dankeschön dafür!

Nicht zuletzt möchten wir auch unseren Familien und Freunden für das Aushalten unserer Launen in dieser Zeit danken.

## Eigenständigkeitserklärung

«Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.»

Unterschrift Studierende

Tanja Johansen

Jennifer Kurmann

## Anhang

### Glossar

| Fachbegriff                            | Definition  |
|--|---|
| Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) | <p>Nach Juchli (1994) stellen die ADL Oberbegriffe für viele Aktivitäten dar, die wir alle tun oder erleben, um den Alltag selbständig zu bewältigen. Sie unterteilt die Aktivitäten in 12 Oberbegriffe:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. wach sein und schlafen</li> <li>2. sich bewegen</li> <li>3. Ausdrucks- und Erscheinungsbild</li> <li>4. Essen und Trinken</li> <li>5. Ausscheiden</li> <li>6. Körpertemperatur regulieren</li> <li>7. atmen</li> <li>8. für Sicherheit sorgen</li> <li>9. Raum und Zeit gestalten, arbeiten und spielen (auch: sich beschäftigen)</li> <li>10. kommunizieren</li> <li>11. Sinn finden im Werden, Sein, Vergehen (auch: Lebenssinn, Sinnkrise, sterben)</li> <li>12. Kind, Frau, Mann sein</li> </ol> |
| ANOVA                                  | <p>Als Varianzanalyse (ANOVA von englisch analysis of variance) bezeichnet man eine große Gruppe datenanalytischer und strukturprüfender statistischer Verfahren, die zahlreiche unterschiedliche Anwendungen zulassen. Ihnen gemeinsam ist, dass sie Varianzen und Prüfgrößen berechnen, um Aufschlüsse über die hinter den Daten steckenden Gesetzmäßigkeiten zu erlangen. Die Varianz einer oder mehrerer Zielvariable(n) wird dabei durch den Einfluss einer oder mehrerer Einflussvariablen (Faktoren) erklärt.</p>  |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
|                                | <p>Die einfachste Form der Varianzanalyse testet den Einfluss einer einzelnen nominalskalierten auf eine metrisch skalierte Variable, indem sie die Mittelwerte der abhängigen Variable innerhalb der durch die Kategorien der unabhängigen Variable definierten Gruppen vergleicht. Somit stellt die Varianzanalyse in ihrer einfachsten Form eine Alternative zum t-Test dar, die für Vergleiche zwischen mehr als zwei Gruppen geeignet ist.</p>   |
| Betätigungsperformanz (Fisher) | <p>Die Betätigungsperformanz beschreibt den Vorgang des Ergotherapeuten, um die Auswirkungen der Handlungsfähigkeit und die Zufriedenheit des Klienten in der Handlung zu steigern. Dabei muss der Ergotherapeut den Klienten in seinem Handeln beobachten, damit er die Betätigung evaluieren kann.</p>  |
| Clinical Reasoning             | <p>Wortwörtlich übersetzt bedeutet es „klinische Argumentation, Schlussfolgerung, Beweisführung“. Gemeint sind damit Denk-, Handlungs- und Entscheidungsprozesse, welche klinisch tätige Personen (Ärzte, Pflegepersonal, Therapeuten u.a.) entweder allein oder in der Auseinandersetzung mit Berufskollegen und/oder dem betroffenen Patienten treffen.</p> <p>Das Ziel von CR ist das für den individuellen Patienten/Klienten bestmögliche Vorgehen im Rahmen der Erkennung und Benennung einer Krankheit (Diagnostik), ihrer Behandlung (Therapie) und eventuell auch während eines längerdauernden Rehabilitations- und Nachsorgeprozesses.</p> |

|                        |   |
|------------------------|---|
| EMED-Format            | Eine Systematik, welche hilft die Schritte der systematischen Würdigung anhand von Leitfragen einfach und genau auszuführen. (basierend auf: LoBiondo-Wood & Haber, 2005)   |
| Evidenz                | Beweis, Nachweis, Beleg<br><br>Nach Duden (2013), ist die Evidenz in der Medizin ein empirisch erbrachter Nachweis der Wirksamkeit eines Präparats, einer Therapieform o. Ä.  |
| GAF                    | Global Assessment of Function   |
| Handlungsfähigkeit     | Das Bieler Modell (2010) definiert die Handlungsfähigkeit wie folgt: „Handlungsfähigkeit definieren wir im Bieler Modell als Fähigkeit einer Person, zielgerichtete, sozial bedeutsame und persönlich sinnvolle Handlungen in den verschiedenen Lebensbereichen allein und/oder in Kooperation mit Mitmenschen planen, ausführen und kriterienorientiert bewerten zu können. Handlungsfähigkeit ist für uns situationsbezogen.“ |
| Interaktives Reasoning | Das durch Gefühle, Wahrnehmung und Beobachtung geleitete Denken, die Ebene der Beziehungen.   |
| Kontextfaktoren        | Alle persönlichen und gesellschaftlichen Umfeldbedingungen, die förderlich oder hinderlich in der Bewältigung von Funktionsstörungen sein können (ICF-Definition). Dazu gehören Umweltfaktoren (materielle, soziale und einstellungsbezogene Faktoren) und personenbezogene Faktoren (Alter, Geschlecht, Bildung, Motivation, Lebensstil etc.).   |

|                     |   |
|---------------------|---|
| Lebensqualität      | "Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen". (WHO,1993)  |
| Mann-Whitney U-Test | <p>Ein Mann-Whitney-Test für unabhängige Stichproben ist ein nichtparametrischer Test zur Überprüfung, ob die zentrale Tendenz von zwei verschiedenen Stichproben unterschiedlich ist. Die abhängige Variable muss dabei nicht normalverteilt, aber mindestens ordinalskaliert sein. Ein Mann-Whitney-Test sollte daher auch bei intervallskalierten Merkmalen eingesetzt werden, wenn die Voraussetzung der Normalverteilung zu stark verletzt wird.</p> <p>Beim Mann-Whitney-Test handelt es sich um einen Rangsummentest bzw. Rangtest. Die Berechnung der Teststatistik basiert also auf dem Vergleich von zwei Rangreihen. Dahinter steht die Überlegung, dass sich die Daten in einer gemeinsamen Rangreihe gleichmässig verteilen, wenn sich die zentrale Tendenz zweier Rangreihen nicht unterscheiden.</p> <p>Im einfachsten Fall können mit so einem Test die Mittelwertsunterschiede von zwei unterschiedlichen Stichproben untersucht werden, beispielsweise zwischen Mädchen und Jungen. Am häufigsten werden diese Tests jedoch angewendet, um Mittelwertsunterschiede zwischen zwei Experimental-Stichproben oder einer Experimental- und einer Kontrollgruppe zu untersuchen.</p> |
| MOHOST-Assessment   | Das MOHOST ist ein kurzes Befunderhebungsinstrument, basierend auf der Theorie  |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
|                                  | <p>des "Modell der menschlichen Betätigung" (MOHO) von Gary Kielhofner. Es wurde von den Autoren ursprünglich für eine erwachsene Klientel entwickelt und 2004 in den USA veröffentlicht. Das MOHOST ermöglicht es dem Ergotherapeuten, ein ganzheitliches Bild über das Betätigungsverhalten des Klienten zu erhalten, einen Behandlungsplan für diesen zu erstellen und Gebiete zu identifizieren, die den Einsatz weiterer Befunderhebungsinstrumente erforderlich machen. Es sammelt Informationen über den Klienten in den Bereichen Wille (Volition), Gewohnheit (Habituation), Fähigkeiten zur Durchführung der Betätigung (Performance Capacity) und inwiefern die Umwelt die Betätigungsdurchführung unterstützt. Ebenso ist es als Evaluationsbogen von Nutzen, um die Effektivität der Therapie sowie Fortschritte des Klienten zu dokumentieren.</p> |
| Motorische Fertigkeiten (Fisher) | <p>Die Art, wie eine Person mit Objekten umgeht, sie bewegt und sich selbst in der Umgebung der Aufgabe bewegt. Dazu gehören z.B. Stabilisieren, positionieren, greifen, manipulieren, gehen, heben etc.</p>   |
| PANSS                            | <p>Positive and Negative Syndromes Scale</p>   |
| Paradigmatische Analyse          | <p>In der Mitte des 20. Jahrhunderts entwickelt Claude Lévi-Strauss eine weitere Form der strukturalen Mythenanalyse, die paradigmatische Strukturanalyse: Sie beschreibt Muster von Beziehungen, die mehrere Texte durchziehen und baut dabei auf einem Prinzip von binären Gegensätzen auf. Dieses Muster unterscheidet sich von Sequenzstruktur (=syntagmatischen Struktur): Konstitutive Elemente (von Lévi-Strauss als Mytheme bezeichnet) werden aus der "gegebenen Ordnung" -</p>   |



|  |  |
|--|--|
|  | <p>dem Handlungsverlauf - gelöst und einem analytischen Schema zugeordnet.</p> <p><a href="http://www.lateinamerika-studien.at/content/kultur/mythen/mythen-411.html">http://www.lateinamerika-studien.at/content/kultur/mythen/mythen-411.html</a></p>  |
| Partizipation                                  | <p>In der Soziologie bedeutet Partizipation die Einbeziehung von Individuen und Organisationen in Entscheidungs- und Willenbildungsprozesse.</p> <p>Der Begriff Partizipation wird auch übersetzt mit <i>Beteiligung, Teilhabe, Teilnahme, Mitwirkung, Mitbestimmung, Mitsprache, Einbeziehung</i> usw.</p>  |
| PICO-Schema                                    | <p>Beschreibt ein häufig genutztes Hilfsschema zur Formulierung einer recherchierbaren Fragestellung im Gesundheitswesen.</p> <p>PICO steht für:</p> <p>P = Population oder Patient<br/>I = Intervention<br/>C = Comparison oder Control<br/>O = Outcome</p>   |
| power calculation /<br>sample size calculation | <p>Berechnung zur Bestimmung der geeigneten Stichprobengrösse um eine Aussage für eine Population machen zu können.</p>  |
| Pragmatisches Reasoning                        | <p>Sachliches Denken und die Fähigkeit nach pragmatischen Gesichtspunkten zu handeln</p>   |
| Prozesshafte Fertigkeiten (Fisher)             | <p>Die Art wie eine Person Werkzeuge und Material für eine Aufgabe auswählt und mit ihnen umgeht, wie sie individuelle Schritte und Aktionen organisiert und wie sie ihre Performanz anpasst, wenn Probleme auftauchen.</p> <p>Dazu gehören z.B. fokussieren, Ziel verfolgen, auswählen, handhaben, fortführen, sequenzieren, organisieren, aufräumen etc.</p> |

|               |   |
|---------------|---|
| ASIS          | Adult Self-Image Scale  |
| SSTICS        | Subjective Scale to Investigate Cognition in Schizophrenia  |
| SIP           | Sickness Impact Profile   |
| Wilcoxon-Test | <p>Der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test ist ein nichtparametrischer statistischer Test. Er prüft anhand zweier gepaarter Stichproben die Gleichheit der zentralen Tendenzen der zugrundeliegenden (verbundenen) Grundgesamtheiten. Im Anwendungsbereich ergänzt er den Vorzeichentest, da er nicht nur die Richtung (d. h. das Vorzeichen) der Differenzen, sondern auch die Höhe der Differenzen zwischen zwei gepaarten Stichproben berücksichtigt ([1]). Der Test ist eine Alternative zum Student's t-Test, falls für die zugrundeliegende Population keine Normalverteilung angenommen werden kann.</p> |

## Suchprotokolle der Studierenden

### Suchprotokoll 1

#### Keywords

- Occupation\*
- Effect\* / Impact
- Group\* / Activity Group / Group Setting / Group Therapy / Social Group / Social Skill / Group Programme
- Psych\* / Mental Disorder / Mental Health
- Clinical setting / Daily Care / Ambulant Setting
- Quality of life / Occupational performance / participation / daily life / ADL

Neu:

(Group therapy) OR (group program) OR (social group) OR (group intervention)

Psych\* OR Mental\* OR depress\* OR schizophren\*

#### Kombinationen

#### Datenbanken:

AMED (Allied and Complementary Medicine) / ERIC / Ovid MEDLINE(R) / Ovid MEDLINE(R) Daily Update / Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations / PsycEXTRA / PsycINFO / PSYNDExplus Literature and Audiovisual Media / PSYNDExplus Tests / PsycARTICLES / PsyCRITIQUES Full Text and Nursing Journals / PsycARTICLES Full Text / FRANCIS / Ovid Nursing Database / PsycTESTS

| Datum | Keywordkombis                             | Gefundene Studien   |
|-------|---|---|
| Wo 51 | Alle Keywords, alle ausser 1./2./3./4./5. | Alle = 0<br>Ausser 1./2./3./5. = 0<br>Ausser 4. = 2   |
|       | Alle ausser 1.+2./+3./+4./+5./+6.         | Ausser 1.+2. = 15<br>Ausser 1.+3. = 15<br>Ausser 1.+4. = 62<br>Ausser 1.+5. = 2248<br>Ausser 1.+6. = 44 |
|       | Alle ausser 2.+3./+4./+5./+6.             | Ausser 2.+3. = 0<br>Ausser 2.+4. = 3<br>Ausser 2.+5. = 247<br>Ausser 2.+6. = 5                          |
|       | Alle ausser 3.+4./+5./+6.                 | Ausser 3.+4. = 5<br>Ausser 3.+5. = 187<br>Ausser 3.+6. = 5  |
|       | Alle ausser 4.+5./+6.                     | Ausser 4.+5. = 655<br>Ausser 4.+6. = 17   |
|       | Alle ausser 5.+6.                         | = 452   |
|       | Alle ausser (1.+2.) +3./+4./+5./+6.       | Ausser 1.+2.+3. = 44<br>Ausser 1.+2.+4. = 199<br>Ausser 1.+2.+5. = 7486<br>Ausser 1.+2.+6. = 252        |
|       | Alle ausser (1.+3.) +4./+5./+6.           | Ausser 1.+3.+4. = 251<br>Ausser 1.+3.+5. = 6718<br>Ausser 1.+3.+6. = 164                                |
|       | Alle ausser (1.+4.) +5./+6.               | Ausser 1.+4.+5. = 24546<br>Ausser 1.+4.+6. = 1219   |
|       | Alle ausser (1.+5.) +6.                   | = 20596   |
|       | Alle ausser (2.+3.) +4./+5./+6.           | Ausser 2.+3.+4. = 13<br>Ausser 2.+3.+5. = 814<br>Ausser 2.+3.+6. = 13                                   |
|       | Alle ausser (2.+4.) +5./+6.               | Ausser 2.+4.+5. = 2081<br>Ausser 2.+4.+6. = 84  |
|       | Alle ausser (2.+5.) +6.                   | = 3156  |
|       | Alle ausser (3.+4.) +5./+6.               | Ausser 3.+4.+5. = 1829<br>Ausser 3.+4.+6. = 53  |
|       | Alle ausser (3.+5.) +6.                   | = 1580  |

|           |                         |       |          |
|-----------|-------------------------|-------|----------|
|           | Alle ausser (4.+5.) +6. |       | = 8102   |
|           | 1.+2.                   |       | = 28626  |
|           | 1.+3.                   |       | = 51105  |
|           | 1.+4.                   |       | = 10698  |
|           | 1.+5.                   |       | = 242    |
|           | 1.+6.                   |       | = 7128   |
|           | 2.+3.                   |       | = 712327 |
|           | 2.+4.                   |       | = 74369  |
|           | 2.+5.                   |       | = 4857   |
|           | 2.+6.                   |       | = 74896  |
|           | 3.+4.                   |       | = 129688 |
|           | 3.+5.                   |       | = 5764   |
|           | 3.+6.                   |       | = 77364  |
|           | 4.+5.                   |       | = 1005   |
|           | 4.+6.                   |       | = 23056  |
|           | 5.+6.                   |       | = 832    |
| Neu       | 2.+3.+4.                |       | = 6095   |
|           | 2.+3./+4.               | 2.+3. | = 10950  |
|           |                         | 2.+4. | = 936342 |
|           | 3.+4.                   |       | = 14348  |
| ()        | 1.+2.+3.+4.             |       | = 113    |
|           | 1.+2.+3.+4.+5.          |       | = 31     |
| nur Titel | 2.+3.+4.                |       | = 253    |

Datenbanken:

CINAHL Complete / Health Source: Nursing/Academic Edition / CINAHL

| Datum | Keywordkombis                                | Gefundene Studien  |
|-------|--|--------------------|
| Wo 52 | Alle Keywords, alle ausser 1./2./3./4./5./6. | Alle = 0           |
|       |  | Ausser 1. = 9      |
|       |  | Ausser 2. / 3. = 0 |
|       |  | Ausser 4. = 2      |
|       |  | Ausser 5. = 12     |
|       |  | Ausser 6. = 1      |

|  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
|  | Alle ausser 1.+2./+3./+4./+5./+6.   | Ausser 1.+2. = 17<br>Ausser 1.+3. = 17<br>Ausser 1.+4. = 165<br>Ausser 1.+5. = 1026<br>Ausser 1.+6. = 34 |
|  | Alle ausser 2.+3./+4./+5./+6.       | Ausser 2.+3. = 0 / 485'632<br>Ausser 2.+4. = 11<br>Ausser 2.+5. = 124<br>Ausser 2.+6. = 4                |
|  | Alle ausser 3.+4./+5./+6.           | Ausser 3.+4. = 4<br>Ausser 3.+5. = 40<br>Ausser 3.+6. = 4  |
|  | Alle ausser 4.+5./+6.               | Ausser 4.+5. = 410<br>Ausser 4.+6. = 17  |
|  | Alle ausser 5.+6.                   | = 202  |
|  | Alle ausser (1.+2.) +3./+4./+5./+6. | Ausser 1.+2.+3. = 47<br>Ausser 1.+2.+4. = 503<br>Ausser 1.+2.+5. = 2922<br>Ausser 1.+2.+6. = 214         |
|  | Alle ausser (1.+3.) +4./+5./+6.     | Ausser 1.+3.+4. = 436<br>Ausser 1.+3.+5. = 2645<br>Ausser 1.+3.+6. = 153                                 |
|  | Alle ausser (1.+4.) +5./+6.         | Ausser 1.+4.+5. = 11358<br>Ausser 1.+4.+6. = 1473  |
|  | Alle ausser (1.+5.) +6.             | = 6363   |
|  | Alle ausser (2.+3.) +4./+5./+6.     | Ausser 2.+3.+4. = 29<br>Ausser 2.+3.+5. = 392<br>Ausser 2.+3.+6. = 10                                    |
|  | Alle ausser (2.+4.) +5./+6.         | Ausser 2.+4.+5. = 1229<br>Ausser 2.+4.+6. = 122  |
|  | Alle ausser (2.+5.) +6.             | = 1091   |
|  | Alle ausser (3.+4.) +5./+6.         | Ausser 3.+4.+5. = 1148<br>Ausser 3.+4.+6. = 46   |
|  | Alle ausser (3.+5.) +6.             | = 611  |
|  | Alle ausser (4.+5.) +6.             | = 2819   |
|  | 1.+2.                               | = 10258  |
|  | 1.+3.                               | = 14090  |
|  | 1.+4.                               | = 3975   |

|           |                |             |          |
|-----------|----------------|-------------|----------|
|           | 1.+5.          |             | = 374    |
|           | 1.+6.          |             | = 4597   |
|           | 2.+3.          |             | = 161071 |
|           | 2.+4.          |             | = 23343  |
|           | 2.+5.          |             | = 4130   |
|           | 2.+6.          |             | = 34030  |
|           | 3.+4.          |             | = 31196  |
|           | 3.+5.          |             | = 5626   |
|           | 3.+6.          |             | = 32065  |
|           | 4.+5.          |             | = 846    |
|           | 4.+6.          |             | = 8569   |
|           | 5.+6.          |             | = 1508   |
| neu       | 2.+3.+4.       |             | = 7098   |
|           | 2.+3./+4.      | 2.+3        | = 28587  |
|           |                | 2.+4.       | = 151546 |
|           | 3.+4.          |             | = 11260  |
| ()        | 1.+2.+3.+4.    |             | = 226    |
|           | 1.+2.+3.+4.+5. |             | = 44     |
| nur Titel | 2.+3.+4.       |             | = 203    |
|           |                | 2.+3.+4.+1. | = 1      |

Datenbanken:

Cochrane Library

| Datum | Keywordkombis                                | Gefundene Studien   |
|-------|--|---------------------|
| Wo 52 | Alle Keywords, alle ausser 1./2./3./4./5./6. | Alle = 6            |
|       |  | Ausser 1. = 150     |
|       |  | Ausser 2. = 9       |
|       |  | Ausser 3. = 6       |
|       |  | Ausser 4. = 48      |
|       |  | Ausser 5. = 29      |
|       |  | Ausser 6. = 10      |
|       | Alle ausser 1.+2./+3./+4./+5./+6.            | Ausser 1.+2. = 227  |
|       |  | Ausser 1.+3. = 195  |
|       |  | Ausser 1.+4. = 1162 |
|       |  | Ausser 1.+5. = 1075 |

|  |                                     |                         |
|--|-------------------------------------|-------------------------|
|  |                                     | Ausser 1.+6. = 396      |
|  | Alle ausser 2.+3./+4./+5./+6.       | Ausser 2.+3. = 9        |
|  |                                     | Ausser 2.+4. = 82       |
|  |                                     | Ausser 2.+5. = 46       |
|  |                                     | Ausser 2.+6. = 15       |
|  | Alle ausser 3.+4./+5./+6.           | Ausser 3.+4. = 59       |
|  |                                     | Ausser 3.+5. = 38       |
|  |                                     | Ausser 3.+6. = 11       |
|  | Alle ausser 4.+5./+6.               | Ausser 4.+5. = 264      |
|  |                                     | Ausser 4.+6. = 93       |
|  | Alle ausser 5.+6.                   | = 91                    |
|  | Alle ausser (1.+2.) +3./+4./+5./+6. | Ausser 1.+2.+3. = 308   |
|  |                                     | Ausser 1.+2.+4. = 1935  |
|  |                                     | Ausser 1.+2.+5. = 1623  |
|  |                                     | Ausser 1.+2.+6. = 678   |
|  | Alle ausser (1.+3.) +4./+5./+6.     | Ausser 1.+3.+4. = 1542  |
|  |                                     | Ausser 1.+3.+5. = 1435  |
|  |                                     | Ausser 1.+3.+6. = 557   |
|  | Alle ausser (1.+4.) +5./+6.         | Ausser 1.+4.+5. = 11692 |
|  |                                     | Ausser 1.+4.+6. = 7332  |
|  | Alle ausser (1.+5.) +6.             | = 4203                  |
|  | Alle ausser (2.+3.) +4./+5./+6.     | Ausser 2.+3.+4. = 97    |
|  |                                     | Ausser 2.+3.+5. = 65    |
|  |                                     | Ausser 2.+3.+6. = 16    |
|  | Alle ausser (2.+4.) +5./+6.         | Ausser 2.+4.+5. = 444   |
|  |                                     | Ausser 2.+4.+6. = 167   |
|  | Alle ausser (2.+5.) +6.             | = 148                   |
|  | Alle ausser (3.+4.) +5./+6.         | Ausser 3.+4.+5. = 340   |
|  |                                     | Ausser 3.+4.+6. = 119   |
|  | Alle ausser (3.+5.) +6.             | = 115                   |
|  | Alle ausser (4.+5.) +6.             | = 795                   |
|  | 1.+2.                               | = 1168                  |
|  | 1.+3.                               | = 1545                  |
|  | 1.+4.                               | = 199                   |
|  | 1.+5.                               | = 214                   |
|  | 1.+6.                               | = 608                   |
|  | 2.+3.                               | = 162195                |

|  |       |         |
|--|-------|---------|
|  | 2.+4. | = 6433  |
|  | 2.+5. | = 10614 |
|  | 2.+6. | = 16450 |
|  | 3.+4. | = 7307  |
|  | 3.+5. | = 14745 |
|  | 3.+6. | = 19460 |
|  | 4.+5. | = 1057  |
|  | 4.+6. | = 2286  |
|  | 5.+6. | = 2671  |

Datenbanken:

IBSS / Pilots / NCJRS / Social Seives Abstracts / Sociological Abstract

| Datum | Keywordkombis                                   | Gefundene Studien   |
|-------|---|---------------------|
| Wo 01 | Alle Keywords, alle ausser<br>1./2./3./4./5./6. | Alle = 5            |
|       |   | Ausser 1. = 151     |
|       |   | Ausser 2. = 19      |
|       |   | Ausser 3. = 11      |
|       |   | Ausser 4. = 97      |
|       |   | Ausser 5. = 30      |
|       |   | Ausser 6. = 18      |
|       | Alle ausser<br>1.+2./+3./+4./+5./+6.            | Ausser 1.+2. = 377  |
|       |   | Ausser 1.+3. = 431  |
|       |   | Ausser 1.+4. = 1848 |
|       |   | Ausser 1.+5. = 607  |
|       |   | Ausser 1.+6. = 521  |
|       | Alle ausser<br>2.+3./+4./+5./+6.                | Ausser 2.+3. = 43   |
|       |   | Ausser 2.+4. = 279  |
|       |   | Ausser 2.+5. = 89   |
|       |   | Ausser 2.+6. = 51   |
|       | Alle ausser 3.+4./+5./+6.                       | Ausser 3.+4. = 254  |
|       |   | Ausser 3.+5. = 83   |
|       |   | Ausser 3.+6. = 35   |
|       | Alle ausser 4.+5./+6.                           | Ausser 4.+5. = 595  |
|       |   | Ausser 4.+6. = 199  |
|       | Alle ausser 5.+6.                               | = 260               |

|     |  |                        |
|-----|--|------------------------|
|     | Alle ausser (1.+2.)<br>+3./+4./+5./+6. | Ausser 1.+2.+3. = 1100 |
|     |  | Ausser 1.+2.+4. = 5630 |
|     |  | Ausser 1.+2.+5. = 1429 |
|     |  | Ausser 1.+2.+6. = 1540 |
|     | Alle ausser (1.+3.)<br>+4./+5./+6.     | Ausser 1.+3.+4. = 6150 |
|     |  | Ausser 1.+3.+5. = 1828 |
|     |  | Ausser 1.+3.+6. = 1405 |
|     | Alle ausser (1.+4.) +5./+6.            | Ausser 1.+4.+5. = 6143 |
|     |  | Ausser 1.+4.+6. = 7646 |
|     | Alle ausser (1.+5.) +6.                | = 8669                 |
|     | Alle ausser (2.+3.)<br>+4./+5./+6.     | Ausser 2.+3.+4. = 809  |
|     |  | Ausser 2.+3.+5. = 227  |
|     |  | Ausser 2.+3.+6. = 120  |
|     | Alle ausser (2.+4.) +5./+6.            | Ausser 2.+4.+5. = 1454 |
|     |  | Ausser 2.+4.+6. = 626  |
|     | Alle ausser (2.+5.) +6.                | = 821                  |
|     | Alle ausser (3.+4.) +5./+6.            | Ausser 3.+4.+5. = 1577 |
|     |  | Ausser 3.+4.+6. = 534  |
|     | Alle ausser (3.+5.) +6.                | = 709                  |
|     | Alle ausser (4.+5.) +6.                | = 5700                 |
|     | 1.+2.                                  | = 18891                |
|     | 1.+3.                                  | = 19313                |
|     | 1.+4.                                  | = 2132                 |
|     | 1.+5.                                  | = 1833                 |
|     | 1.+6.                                  | = 4102                 |
|     | 2.+3.                                  | = 219060               |
|     | 2.+4.                                  | = 27624                |
|     | 2.+5.                                  | = 25704                |
|     | 2.+6.                                  | = 21886                |
|     | 3.+4.                                  | = 28297                |
|     | 3.+5.                                  | = 20864                |
|     | 3.+6.                                  | = 16644                |
|     | 4.+5.                                  | = 4394                 |
|     | 4.+6.                                  | = 4291                 |
|     | 5.+6.                                  | = 22073                |
| neu | 2.+3.+4.                               | = 25667                |

|           |                |                                  |
|-----------|----------------|----------------------------------|
|           | 2.+3./+4.      | 2.+3. = 117494<br>2.+4. = 146797 |
|           | 3.+4.          | = 56418                          |
| ()        | 1.+2.+3.+4.    | = 745                            |
|           | 1.+2.+3.+4.+5. | = 175                            |
| nur Titel | 2.+3.+4.       | = 197                            |
|           | 2.+3.+4.+1.    | = 1                              |

Datenbanken:

## OTDBase

| Datum | Keywordkombis                                | Gefundene Studien   |
|-------|--|---|
| Wo 01 | Alle Keywords, alle ausser 1./2./3./4./5./6. | Funktioniert nicht!!!   |
|       | Alle ausser 1.+2./+3./+4./+5./+6.            | Ausser 1.+2. = 0<br>Ausser 1.+3. = 0<br>Ausser 1.+4. = 1<br>Ausser 1.+5. = 3<br>Ausser 1.+6. = 11 |
|       | Alle ausser 2.+3./+4./+5./+6.                | Ausser 2.+3. = 1<br>Ausser 2.+4. = 0<br>Ausser 2.+5. = 5<br>Ausser 2.+6. = 21                     |
|       | Alle ausser 3.+4./+5./+6.                    | Ausser 3.+4. = 0<br>Ausser 3.+5. = 3<br>Ausser 3.+6. = 22   |
|       | Alle ausser 4.+5./+6.                        | Ausser 4.+5. = 2<br>Ausser 4.+6. = 10   |
|       | Alle ausser 5.+6.                            | = 2   |
|       | Alle ausser (1.+2.) +3./+4./+5./+6.          | Ausser 1.+2.+3. = 25<br>Ausser 1.+2.+4. = 2<br>Ausser 1.+2.+5. = 27<br>Ausser 1.+2.+6. = 37       |
|       | Alle ausser (1.+3.) +4./+5./+6.              | Ausser 1.+3.+4. = 5<br>Ausser 1.+3.+5. = 24<br>Ausser 1.+3.+6. = 34                               |
|       | Alle ausser (1.+4.) +5./+6.                  | Ausser 1.+4.+5. = 68  |

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
|                                 | Ausser 1.+4.+6. = 100   |
| Alle ausser (1.+5.) +6.         | = 90  |
| Alle ausser (2.+3.) +4./+5./+6. | Ausser 2.+3.+4. = 36<br>Ausser 2.+3.+5. = 64<br>Ausser 2.+3.+6. = 100 |
| Alle ausser (2.+4.) +5./+6.     | Ausser 2.+4.+5. = 100<br>Ausser 2.+4.+6. = 100                        |
| Alle ausser (2.+5.) +6.         | = 100   |
| Alle ausser (3.+4.) +5./+6.     | Ausser 3.+4.+5. = 100<br>Ausser 3.+4.+6. = 100                        |
| Alle ausser (3.+5.) +6.         | = 100   |
| Alle ausser (4.+5.) +6.         | = 100   |
| 1.+2.                           | = 100   |
| 1.+3.                           | = 100   |
| 1.+4.                           | = 100   |
| 1.+5.                           | = 100   |
| 1.+6.                           | = 100   |
| 2.+3.                           | = 100   |
| 2.+4.                           | = 100   |
| 2.+5.                           | = 100   |
| 2.+6.                           | = 100   |
| 3.+4.                           | = 100   |
| 3.+5.                           | = 100   |
| 3.+6.                           | = 100   |
| 4.+5.                           | = 100   |
| 4.+6.                           | = 100   |
| 5.+6.                           | = 100   |

Datenbanken:

## OTseeker

| Datum | Keywordkombis                             | Gefundene Studien                              |
|-------|---|--|
| Wo 03 | Alle Keywords, alle ausser 1./2./3./4./5. | Alle = 11<br>Ausser 1. = 397<br>Ausser 2. = 15 |

|           |                                  |              |        |
|-----------|----------------------------------|--------------|--------|
|           |                                  | Ausser 3.    | = 14   |
|           |                                  | Ausser 4.    | = 50   |
|           |                                  | Ausser 5.    | = 61   |
|           | Alle ausser<br>1.+2./+3./+4./+5. | Ausser 1.+2. | = 483  |
|           |                                  | Ausser 1.+3. | = 535  |
|           |                                  | Ausser 1.+4. | = 1169 |
|           |                                  | Ausser 1.+5. | = 1732 |
|           | Alle ausser 2.+3./+4./+5.        | Ausser 2.+3. | = 19   |
|           |                                  | Ausser 2.+4. | = 73   |
|           |                                  | Ausser 2.+5. | = 78   |
|           | Alle ausser 3.+4./+5.            | Ausser 3.+4. | = 75   |
|           |                                  | Ausser 3.+5. | = 86   |
|           | Alle ausser 4.+5.                |              | = 354  |
|           | 1.+2.                            |              | = 521  |
|           | 1.+3.                            |              | = 483  |
|           | 1.+4.                            |              | = 115  |
|           | 1.+5.                            |              | = 105  |
|           | 2.+3.                            |              | = 6702 |
|           | 2.+4.                            |              | = 2533 |
|           | 2.+5.                            |              | = 1574 |
|           | 3.+4.                            |              | = 2189 |
|           | 3.+5.                            |              | = 1476 |
|           | 4.+5.                            |              | = 652  |
| neu       | 2.+3.+4.                         |              | =      |
|           | 2.+3./+4.                        | 2.+3.        | =      |
|           |                                  | 2.+4.        | =      |
|           | 3.+4.                            |              | =      |
| ()        | 1.+2.+3.+4.                      |              | =      |
|           | 1.+2.+3.+4.+5.                   |              | =      |
| nur Titel | 2.+3.+4.                         |              | =      |

Datenbanken:

Pub Med

| Datum | Keywordkombis | Gefundene Studien |
|-------|---------------|-------------------|
|-------|---------------|-------------------|

|           |  |              |          |
|-----------|--|--------------|----------|
| Wo 03     | Alle Keywords, alle ausser<br>1./2./3./4./5. | Alle         | = 81     |
|           |  | Ausser 1.    | = 3070   |
|           |  | Ausser 2.    | = 169    |
|           |  | Ausser 3.    | = 229    |
|           |  | Ausser 4.    | = 865    |
|           |  | Ausser 5.    | = 514    |
|           | Alle ausser<br>1.+2./+3./+4./+5.             | Ausser 1.+2. | = 5609   |
|           |  | Ausser 1.+3. | = 8117   |
|           |  | Ausser 1.+4. | = 38910  |
|           |  | Ausser 1.+5. | = 20339  |
|           | Alle ausser 2.+3./+4./+5.                    | Ausser 2.+3. | = 502    |
|           |  | Ausser 2.+4. | = 1656   |
|           |  | Ausser 2.+5. | = 1434   |
|           | Alle ausser 3.+4./+5.                        | Ausser 3.+4. | = 2366   |
|           |  | Ausser 3.+5. | = 1558   |
|           | Alle ausser 4.+5.                            |              | = 9192   |
|           | 1.+2.  |              | = 32566  |
|           | 1.+3.  |              | = 25518  |
|           | 1.+4.  |              | = 4679   |
|           | 1.+5.  |              | = 5365   |
|           | 2.+3.  |              | = 993855 |
|           | 2.+4.  |              | = 76001  |
|           | 2.+5.  |              | = 122460 |
|           | 3.+4.  |              | = 56534  |
|           | 3.+5.  |              | = 72438  |
|           | 4.+5.  |              | = 16368  |
| neu       | 2.+3.+4.                                     |              | = 10     |
|           | 2.+3./+4.                                    | 2.+3.        | = 6      |
|           |  | 2.+4.        | = 251833 |
|           | 3.+4.  |              | = 14     |
| ()        | 1.+2.+3.+4.                                  |              | =        |
|           | 1.+2.+3.+4.+5.                               |              | =        |
| nur Titel | 2.+3.+4.                                     |              | = 2      |



Datenbanken:

## PubPsych

| Datum     | Keywordkombis                             | Gefundene Studien |
|-----------|---|-------------------|
| Wo 05     | Alle Keywords, alle ausser 1./2./3./4./5. | Alle = 302        |
|           |   | Ausser 1. =       |
|           |   | Ausser 2. =       |
|           |   | Ausser 3. =       |
|           |   | Ausser 4. =       |
|           |   | Ausser 5. =       |
|           | Alle ausser 1.+2./+3./+4./+5.             | Ausser 1.+2. =    |
|           |   | Ausser 1.+3. =    |
|           |   | Ausser 1.+4. =    |
|           |   | Ausser 1.+5. =    |
|           | Alle ausser 2.+3./+4./+5.                 | Ausser 2.+3. =    |
|           |   | Ausser 2.+4. =    |
|           |   | Ausser 2.+5. =    |
|           | Alle ausser 3.+4./+5.                     | Ausser 3.+4. =    |
|           |   | Ausser 3.+5. =    |
|           | Alle ausser 4.+5.                         | =                 |
|           | 1.+2.                                     | =                 |
|           | 1.+3.                                     | =                 |
|           | 1.+4.                                     | =                 |
|           | 1.+5.                                     | =                 |
|           | 2.+3.                                     | =                 |
|           | 2.+4.                                     | =                 |
|           | 2.+5.                                     | =                 |
|           | 3.+4.                                     | =                 |
|           | 3.+5.                                     | =                 |
|           | 4.+5.                                     | =                 |
| Nur Titel | 2.+3.+4.                                  | =                 |

Datenbanken:

## SOWIPORT

| Datum | Keywordkombis                             | Gefundene Studien    |
|-------|---|----------------------|
| Wo 06 | Alle Keywords, alle ausser 1./2./3./4./5. | Alle = 4             |
|       |   | Ausser 1. = 59       |
|       |   | Ausser 2. = 7        |
|       |   | Ausser 3. = 11       |
|       |   | Ausser 4. = 12       |
|       |   | Ausser 5. = 808      |
|       | Alle ausser 1.+2./+3./+4./+5.             | Ausser 1.+2. = 95    |
|       |   | Ausser 1.+3. = 175   |
|       |   | Ausser 1.+4. = 127   |
|       |   | Ausser 1.+5. = 20128 |
|       | Alle ausser 2.+3./+4./+5.                 | Ausser 2.+3. = 18    |
|       |   | Ausser 2.+4. = 23    |
|       |   | Ausser 2.+5. = 2073  |
|       | Alle ausser 3.+4./+5.                     | Ausser 3.+4. = 38    |
|       |   | Ausser 3.+5. = 5474  |
|       | Alle ausser 4.+5.                         | = 3362               |
|       | 1.+2.                                     | = 29188              |
|       | 1.+3.                                     | = 10239              |
|       | 1.+4.                                     | = 19946              |
|       | 1.+5.                                     | = 85                 |
|       | 2.+3.                                     | = 73763              |
|       | 2.+4.                                     | = 134817             |
|       | 2.+5.                                     | = 453                |
|       | 3.+4.                                     | = 51925              |
|       | 3.+5.                                     | = 224                |
|       | 4.+5.                                     | = 359                |

Datenbanken:

## WISO

| Datum | Keywordkombis                             | Gefundene Studien |
|-------|---|-------------------|
| Wo 06 | Alle Keywords, alle ausser 1./2./3./4./5. | Alle = 5          |
|       |   | Ausser 1. = 7     |
|       |   | Ausser 2. = 5     |
|       |   | Ausser 3. = 7     |

|  |                               |                   |
|--|-------------------------------|-------------------|
|  |                               | Ausser 4. = 6     |
|  |                               | Ausser 5. = 6     |
|  | Alle ausser 1.+2./+3./+4./+5. | Ausser 1.+2. = 9  |
|  |                               | Ausser 1.+3. = 21 |
|  |                               | Ausser 1.+4. = 13 |
|  |                               | Ausser 1.+5. = 14 |
|  | Alle ausser 2.+3./+4./+5.     | Ausser 2.+3. = 8  |
|  |                               | Ausser 2.+4. = 6  |
|  |                               | Ausser 2.+5. = 8  |
|  | Alle ausser 3.+4./+5.         | Ausser 3.+4. = 12 |
|  |                               | Ausser 3.+5. = 10 |
|  | Alle ausser 4.+5.             | = 7               |
|  | 1.+2.                         | = 39              |
|  | 1.+3.                         | = 9               |
|  | 1.+4.                         | = 16              |
|  | 1.+5.                         | = 18              |
|  | 2.+3.                         | = 48              |
|  | 2.+4.                         | = 129             |
|  | 2.+5.                         | = 136             |
|  | 3.+4.                         | = 27              |
|  | 3.+5.                         | = 16              |
|  | 4.+5.                         | = 41              |

Datenbanken:

Web of Science Core Collection

| Datum | Keywordkombis                             | Gefundene Studien    |
|-------|---|----------------------|
| Wo 07 | Alle Keywords, alle ausser 1./2./3./4./5. | Alle = 531           |
|       |   | Ausser 1. =          |
|       |   | Ausser 2. =          |
|       |   | Ausser 3. =          |
|       |   | Ausser 4. =          |
|       |   | Ausser 5. = 1 (n.T.) |
|       | Alle ausser 1.+2./+3./+4./+5.             | Ausser 1.+2. =       |
|       |   | Ausser 1.+3. =       |
|       |   | Ausser 1.+4. =       |

|  |                           |                          |
|--|---------------------------|--------------------------|
|  |                           | Ausser 1.+5. = 269 (n.T) |
|  | Alle ausser 2.+3./+4./+5. | Ausser 2.+3. =           |
|  |                           | Ausser 2.+4. =           |
|  |                           | Ausser 2.+5. =           |
|  | Alle ausser 3.+4./+5.     | Ausser 3.+4. =           |
|  |                           | Ausser 3.+5. =           |
|  | Alle ausser 4.+5.         | =                        |
|  | 1.+2.                     | =                        |
|  | 1.+3.                     | =                        |
|  | 1.+4.                     | =                        |
|  | 1.+5.                     | =                        |
|  | 2.+3.                     | =                        |
|  | 2.+4.                     | =                        |
|  | 2.+5.                     | =                        |
|  | 3.+4.                     | =                        |
|  | 3.+5.                     | =                        |
|  | 4.+5.                     | =                        |

Suchprotokoll 2**Keywords**

- occupation\*
- effect OR effectiveness OR impact
- group\* OR activity group OR group setting OR group therapy OR group programme OR social group OR social skill\*
- psychiatric\* OR mental disorder OR mental illness OR mental health OR psychiatry
- clinical setting OR daily care OR ambulant setting
- quality of life OR occupational performance OR participation OR daily life OR activities of daily living

**Kombinationen**Datenbanken:

AMED (Allied and Complementary Medicine) / ERIC / Ovid MEDLINE(R) / Ovid MEDLINE(R) Daily Update / Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations / PsycEXTRA / PsycINFO / PSYDEXplus Literature and Audiovisual Media / PSYDEXplus Tests / PsycARTICLES / PsyCRITIQUES Full Text and Nursing Journals / PsycARTICLES Full Text / FRANCIS / Ovid Nursing Database / PsycTESTS

| Datum | Keywordkombis    | Gefundene Studien |
|-------|------------------|-------------------|
| Wo 51 | 1, 2, 3, 4, 5, 6 | 0                 |
|       | 2, 3, 4, 5, 6    | 1                 |
|       | 1, 3, 4, 5, 6    | 0                 |
|       | 1, 2, 4, 5, 6    | 0                 |
|       | 1, 2, 3, 5, 6    | 2                 |
|       | 1, 2, 3, 4, 6    | 70                |
|       | 1, 2, 3, 4, 5    | 1                 |
|       | 3, 4, 5, 6       | 18                |
|       | 2, 4, 5, 6       | 19                |
|       | 2, 3, 5, 6       | 90                |
|       | 2, 3, 4, 6       | 3454              |
|       | 2, 3, 4, 5       | 68                |
|       | 1, 3, 4, 6       | 302               |
|       | 1, 3, 4, 5       | 7                 |
|       | 1, 3, 5, 6       | 5                 |
|       | 1, 4, 5, 6       | 0                 |
|       | 1, 2, 4, 5       | 7                 |
|       | 1, 2, 4, 6       | 252               |
|       | 1, 2, 5, 6       | 8                 |
|       | 1, 2, 3, 5       | 31                |

|  |            |        |
|--|------------|--------|
|  | 1, 2, 3, 6 | 1046   |
|  | 1, 2, 3, 4 | 729    |
|  | 3, 5, 6    | 265    |
|  | 4, 5, 6    | 48     |
|  | 3, 4, 6    | 9206   |
|  | 3, 4, 5    | 292    |
|  | 2, 5, 6    | 411    |
|  | 2, 4, 6    | 9507   |
|  | 2, 4, 5    | 258    |
|  | 2, 3, 5    | 1936   |
|  | 2, 3, 6    | 38643  |
|  | 2, 3, 4    | 29630  |
|  | 1, 5, 6    | 18     |
|  | 1, 4, 6    | 958    |
|  | 1, 4, 5    | 17     |
|  | 1, 3, 6    | 2690   |
|  | 1, 3, 5    | 101    |
|  | 1, 3, 4    | 3546   |
|  | 1, 2, 6    | 2823   |
|  | 1, 2, 5    | 82     |
|  | 1, 2, 4    | 2272   |
|  | 1, 2, 3    | 11537  |
|  | 1.+2.      | 39371  |
|  | 1.+3.      | 59414  |
|  | 1.+4.      | 11865  |
|  | 1.+5.      | 283    |
|  | 1.+6.      | 8980   |
|  | 2.+3.      | 971758 |
|  | 2.+4.      | 102620 |
|  | 2.+5.      | 7345   |

|  |                         |        |
|--|-------------------------|--------|
|  | 2.+6.                   | 114053 |
|  | 3.+4.                   | 147673 |
|  | 3.+5.                   | 7333   |
|  | 3.+6.                   | 99827  |
|  | 4.+5.                   | 1132   |
|  | 4.+6.                   | 27942  |
|  | 5.+6.                   | 1096   |
|  | 2, 3, 4 (neue) im Titel | 187    |

Datenbanken:

CINAHL Complete / Health Source: Nursing/Academic Edition / CINAHL

| Datum | Keywordkombis    | Gefundene Studien |
|-------|------------------|-------------------|
| Wo 52 | 1, 2, 3, 4, 5, 6 | 0                 |
|       | 2, 3, 4, 5, 6    | 14                |
|       | 1, 3, 4, 5, 6    | 0                 |
|       | 1, 2, 4, 5, 6    | 0                 |
|       | 1, 2, 3, 5, 6    | 4                 |
|       | 1, 2, 3, 4, 6    | 16                |
|       | 1, 2, 3, 4, 5    | 1                 |
|       | 3, 4, 5, 6       | 19                |
|       | 2, 4, 5, 6       | 24                |
|       | 2, 3, 5, 6       | 259               |
|       | 2, 3, 4, 6       | 1305              |
|       | 2, 3, 4, 5       | 54                |
|       | 1, 3, 4, 6       | 140               |
|       | 1, 3, 4, 5       | 4                 |
|       | 1, 3, 5, 6       | 15                |
|       | 1, 4, 5, 6       | 0                 |
|       | 1, 2, 4, 5       | 4                 |

|  |            |       |
|--|------------|-------|
|  | 1, 2, 4, 6 | 48    |
|  | 1, 2, 5, 6 | 10    |
|  | 1, 2, 3, 5 | 21    |
|  | 1, 2, 3, 6 | 554   |
|  | 1, 2, 3, 4 | 273   |
|  | 3, 5, 6    | 639   |
|  | 4, 5, 6    | 109   |
|  | 3, 4, 6    | 3184  |
|  | 3, 4, 5    | 235   |
|  | 2, 5, 6    | 637   |
|  | 2, 4, 6    | 3221  |
|  | 2, 4, 5    | 236   |
|  | 2, 3, 5    | 1926  |
|  | 2, 3, 6    | 15055 |
|  | 2, 3, 4    | 8285  |
|  | 1, 5, 6    | 38    |
|  | 1, 4, 6    | 437   |
|  | 1, 4, 5    | 10    |
|  | 1, 3, 6    | 1442  |
|  | 1, 3, 5    | 123   |
|  | 1, 3, 4    | 1157  |
|  | 1, 2, 6    | 1547  |
|  | 1, 2, 5    | 100   |
|  | 1, 2, 4    | 806   |
|  | 1, 2, 3    | 3623  |
|  | 1.+2.      | 13111 |
|  | 1.+3.      | 15060 |
|  | 1.+4.      | 4113  |
|  | 1.+5.      | 377   |
|  | 1.+6.      | 5197  |

|  |                  |        |
|--|------------------|--------|
|  | 2.+3.            | 209471 |
|  | 2.+4.            | 29564  |
|  | 2.+5.            | 5336   |
|  | 2.+6.            | 43746  |
|  | 3.+4.            | 33174  |
|  | 3.+5.            | 5758   |
|  | 3.+6.            | 35213  |
|  | 4.+5.            | 901    |
|  | 4.+6.            | 9203   |
|  | 5.+6.            | 1903   |
|  | 1                | 69525  |
|  | 2                | 976208 |
|  | 3                | 836395 |
|  | 4                | 151603 |
|  | 5                | 22779  |
|  | 6                | 127055 |
|  | 2, 3, 4 im Titel | 96     |

Datenbanken:

Cochrane Library

| Datum | Keywordkombis    | Gefundene Studien |
|-------|------------------|-------------------|
| Wo 52 | 1, 2, 3, 4, 5, 6 | 3                 |
|       | 2, 3, 4, 5, 6    | 35                |
|       | 1, 3, 4, 5, 6    | 3                 |
|       | 1, 2, 4, 5, 6    | 3                 |
|       | 1, 2, 3, 5, 6    | 10                |
|       | 1, 2, 3, 4, 6    | 8                 |
|       | 1, 2, 3, 4, 5    | 3                 |
|       | 3, 4, 5, 6       | 35                |

|  |            |      |
|--|------------|------|
|  | 2, 4, 5, 6 | 37   |
|  | 2, 3, 5, 6 | 202  |
|  | 2, 3, 4, 6 | 147  |
|  | 2, 3, 4, 5 | 54   |
|  | 1, 3, 4, 6 | 8    |
|  | 1, 3, 4, 5 | 3    |
|  | 1, 3, 5, 6 | 12   |
|  | 1, 4, 5, 6 | 3    |
|  | 1, 2, 4, 5 | 3    |
|  | 1, 2, 4, 6 | 8    |
|  | 1, 2, 5, 6 | 14   |
|  | 1, 2, 3, 5 | 16   |
|  | 1, 2, 3, 6 | 33   |
|  | 1, 2, 3, 4 | 13   |
|  | 3, 5, 6    | 207  |
|  | 4, 5, 6    | 37   |
|  | 3, 4, 6    | 150  |
|  | 3, 4, 5    | 54   |
|  | 2, 5, 6    | 228  |
|  | 2, 4, 6    | 157  |
|  | 2, 4, 5    | 59   |
|  | 2, 3, 5    | 59   |
|  | 2, 3, 6    | 1484 |
|  | 2, 3, 4    | 356  |
|  | 1, 5, 6    | 16   |
|  | 1, 4, 6    | 8    |
|  | 1, 4, 5    | 3    |
|  | 1, 3, 6    | 35   |
|  | 1, 3, 5    | 18   |
|  | 1, 3, 4    | 13   |

|  |         |      |
|--|---------|------|
|  | 1, 2, 6 | 22   |
|  | 1, 2, 5 | 14   |
|  | 1, 2, 4 | 70   |
|  | 1, 2, 3 | 70   |
|  | 1.+2.   | 94   |
|  | 1.+3.   | 74   |
|  | 1.+4.   | 14   |
|  | 1.+5.   | 24   |
|  | 1.+6.   | 43   |
|  | 2.+3.   | 4932 |
|  | 2.+4.   | 406  |
|  | 2.+5.   | 505  |
|  | 2.+6.   | 1763 |
|  | 3.+4.   | 364  |
|  | 3.+5.   | 454  |
|  | 3.+6.   | 1545 |
|  | 4.+5.   | 59   |
|  | 4.+6.   | 160  |
|  | 5.+6.   | 234  |
|  | 1       | 100  |
|  | 2       | 7071 |
|  | 3       | 5306 |
|  | 4       | 417  |
|  | 5       | 532  |
|  | 6       | 1858 |

Datenbanken:

IBSS / Pilots / NCJRS / Social Services Abstracts / Sociological Abstract

| Datum | Keywordkombis | Gefundene Studien |
|-------|---------------|-------------------|
|-------|---------------|-------------------|

|      |                  |      |
|------|------------------|------|
| Wo 1 | 1, 2, 3, 4, 5, 6 | 5    |
|      | 2, 3, 4, 5, 6    | 188  |
|      | 1, 3, 4, 5, 6    | 20   |
|      | 1, 2, 4, 5, 6    | 12   |
|      | 1, 2, 3, 5, 6    | 110  |
|      | 1, 2, 3, 4, 6    | 35   |
|      | 1, 2, 3, 4, 5    | 19   |
|      | 3, 4, 5, 6       | 482  |
|      | 2, 4, 5, 6       | 550  |
|      | 2, 3, 5, 6       | 2229 |
|      | 2, 3, 4, 6       | 705  |
|      | 2, 3, 4, 5       | 611  |
|      | 1, 3, 4, 6       | 91   |
|      | 1, 3, 4, 5       | 50   |
|      | 1, 3, 5, 6       | 305  |
|      | 1, 4, 5, 6       | 47   |
|      | 1, 2, 4, 5       | 39   |
|      | 1, 2, 4, 6       | 94   |
|      | 1, 2, 5, 6       | 278  |
|      | 1, 2, 3, 5       | 212  |
|      | 1, 2, 3, 6       | 656  |
|      | 1, 2, 3, 4       | 281  |
|      | 3, 5, 6          | 6301 |
|      | 4, 5, 6          | 1318 |
|      | 3, 4, 6          | 1509 |
|      | 3, 4, 5          | 1542 |
|      | 2, 5, 6          | 7149 |
|      | 2, 4, 6          | 2023 |
|      | 2, 4, 5          | 1575 |
|      | 2, 3, 5          | 8459 |

|  |         |         |
|--|---------|---------|
|  | 2, 3, 6 | 6848    |
|  | 2, 3, 4 | 9744    |
|  | 1, 5, 6 | 873     |
|  | 1, 4, 6 | 229     |
|  | 1, 4, 5 | 120     |
|  | 1, 3, 6 | 1472    |
|  | 1, 3, 5 | 626     |
|  | 1, 3, 4 | 826     |
|  | 1, 2, 6 | 1723    |
|  | 1, 2, 5 | 568     |
|  | 1, 2, 4 | 752     |
|  | 1, 2, 3 | 6118    |
|  | 1.+2.   | 19986   |
|  | 1.+3.   | 19315   |
|  | 1.+4.   | 2138    |
|  | 1.+5.   | 1833    |
|  | 1.+6.   | 4154    |
|  | 2.+3.   | 240636  |
|  | 2.+4.   | 30452   |
|  | 2.+5.   | 27793   |
|  | 2.+6.   | 23883   |
|  | 3.+4.   | 28442   |
|  | 3.+5.   | 20876   |
|  | 3.+6.   | 17192   |
|  | 4.+5.   | 4403    |
|  | 4.+6.   | 4490    |
|  | 5.+6.   | 24103   |
|  | 1       | 66195   |
|  | 2       | 1178763 |
|  | 3       | 747604  |

|  |                  |       |
|--|------------------|-------|
|  | 4                | 96290 |
|  | 5                | 8032  |
|  | 6                | 67898 |
|  | 2,3,4 im Titel   | 980   |
|  | 1,2,3,4 im Titel | 1     |

Datenbanken:

## OTDBase

| Datum | Keywordkombis    | Gefundene Studien |
|-------|------------------|-------------------|
| Wo 1  | 1, 2, 3, 4, 5, 6 | -                 |
|       | 2, 3, 4, 5, 6    | -                 |
|       | 1, 3, 4, 5, 6    | -                 |
|       | 1, 2, 4, 5, 6    | -                 |
|       | 1, 2, 3, 5, 6    | -                 |
|       | 1, 2, 3, 4, 6    | -                 |
|       | 1, 2, 3, 4, 5    | -                 |
|       | 3, 4, 5, 6       | 0                 |
|       | 2, 4, 5, 6       | 0                 |
|       | 2, 3, 5, 6       | 1                 |
|       | 2, 3, 4, 6       | 3                 |
|       | 2, 3, 4, 5       | 11                |
|       | 1, 3, 4, 6       | 5                 |
|       | 1, 3, 4, 5       | 21                |
|       | 1, 3, 5, 6       | 0                 |
|       | 1, 4, 5, 6       | 1                 |
|       | 1, 2, 4, 5       | 22                |
|       | 1, 2, 4, 6       | 5                 |
|       | 1, 2, 5, 6       | 0                 |
|       | 1, 2, 3, 5       | 37                |

|  |            |                 |
|--|------------|-----------------|
|  | 1, 2, 3, 6 | 10              |
|  | 1, 2, 3, 4 | 58              |
|  | 3, 5, 6    | 1 / 7           |
|  | 4, 5, 6    | 1 / 4           |
|  | 3, 4, 6    | 17 / 24         |
|  | 3, 4, 5    | 62              |
|  | 2, 5, 6    | 1 / 8           |
|  | 2, 4, 6    | 9 / 15          |
|  | 2, 4, 5    | 43              |
|  | 2, 3, 5    | 57              |
|  | 2, 3, 6    | 58              |
|  | 2, 3, 4    | 100             |
|  | 1, 5, 6    | 4 / 14          |
|  | 1, 4, 6    | 28 / 57         |
|  | 1, 4, 5    | 100             |
|  | 1, 3, 6    | 28 / 55         |
|  | 1, 3, 5    | 100             |
|  | 1, 3, 4    | 100             |
|  | 1, 2, 6    | ADL: 31 / QoL:7 |
|  | 1, 2, 5    | 100             |
|  | 1, 2, 4    | 100             |
|  | 1, 2, 3    | 100             |
|  | 1.+2.      | 100             |
|  | 1.+3.      | 100             |
|  | 1.+4.      | 100             |
|  | 1.+5.      | 100             |
|  | 1.+6.      | 100             |
|  | 2.+3.      | 100             |
|  | 2.+4.      | 100             |
|  | 2.+5.      | 100             |

|  |  |     |
|--|--|-----|
|  | 2.+6.                                    | 100 |
|  | 3.+4.                                    | 100 |
|  | 3.+5.                                    | 100 |
|  | 3.+6.                                    | 100 |
|  | 4.+5.                                    | 100 |
|  | 4.+6.                                    | 100 |
|  | 5.+6.                                    | 100 |
|  | 1  | 100 |
|  | 2  | 100 |
|  | 3  | 100 |
|  | 4  | 100 |
|  | 5  | 100 |
|  | 6  | 100 |
|  | Group therapy AND schizo*<br>OR depress* | 75  |

**Keywords**

occupation\*

effect\* OR impact

group therapy OR group programme OR social group OR group  
intervention OR activity group

psych\* OR mental\* OR depress\* OR schizophren\*

quality of life OR occupational performance OR participation OR daily life  
OR activities of daily living OR social skill\*Datenbanken:

OTseeker

Keine Advanced Search möglich!!!!!!

| Datum | Keywordkombis | Gefundene Studien |
|-------|---------------|-------------------|
|-------|---------------|-------------------|



|      |               |      |
|------|---------------|------|
| Wo 3 | 1, 2, 3, 4, 6 |      |
|      | 2, 3, 4, 6    |      |
|      | 1, 3, 4, 6    |      |
|      | 1, 2, 4, 6    |      |
|      | 1, 2, 3, 6    |      |
|      | 1, 2, 3, 4    |      |
|      | 3, 4, 6       |      |
|      | 2, 4, 6       |      |
|      | 2, 3, 6       |      |
|      | 2, 3, 4       |      |
|      | 1, 4, 6       |      |
|      | 1, 3, 6       |      |
|      | 1, 3, 4       |      |
|      | 1, 2, 6       |      |
|      | 1, 2, 4       |      |
|      | 1, 2, 3       |      |
|      | 1.+2.         |      |
|      | 1.+3.         |      |
|      | 1.+4.         |      |
|      | 1.+6.         |      |
|      | 2.+3.         |      |
|      | 2.+4.         |      |
|      | 2.+6.         |      |
|      | 3.+4.         |      |
|      | 3.+6.         |      |
|      | 4.+6.         |      |
|      | 1             | 913  |
|      | 2             | 9893 |
|      | 3             | 6220 |
|      | 4             | 5402 |

|  |   |      |
|--|---|------|
|  | 6 | 2819 |
|--|---|------|

Datenbanken:

## Pub Med

| Datum | Keywordkombis | Gefundene Studien |
|-------|---------------|-------------------|
| Wo 3  | 1, 2, 3, 4, 6 | 6                 |
|       | 2, 3, 4, 6    | 182               |
|       | 1, 3, 4, 6    | 9                 |
|       | 1, 2, 4, 6    | 460               |
|       | 1, 2, 3, 6    | 14                |
|       | 1, 2, 3, 4    | 29                |
|       | 3, 4, 6       | 242               |
|       | 2, 4, 6       | 19150             |
|       | 2, 3, 6       | 342               |
|       | 2, 3, 4       | 1026              |
|       | 1, 4, 6       | 898               |
|       | 1, 3, 6       | 17                |
|       | 1, 3, 4       | 54                |
|       | 1, 2, 6       | 1728              |
|       | 1, 2, 4       | 3130              |
|       | 1, 2, 3       | 79                |
|       | 1.+2.         | 32631             |
|       | 1.+3.         |                   |
|       | 1.+4.         |                   |
|       | 1.+6.         |                   |
|       | 2.+3.         |                   |
|       | 2.+4.         |                   |
|       | 2.+6.         |                   |
|       | 3.+4.         |                   |

|  |       |  |
|--|-------|--|
|  | 3.+6. |  |
|  | 4.+6. |  |

Datenbanken:

PubPsych

| Datum | Keywordkombis | Gefundene Studien     |
|-------|---------------|-----------------------|
| Wo 5  | 1, 2, 3, 4, 6 | 412 → 282 (2005-2015) |

Datenbanken:

SOWIPORT

| Datum | Keywordkombis | Gefundene Studien |
|-------|---------------|-------------------|
| Wo 6  | 1, 2, 3, 4, 6 | 1                 |
|       | 2, 3, 4, 6    | 12                |
|       | 1, 3, 4, 6    | 1                 |
|       | 1, 2, 4, 6    | 4                 |
|       | 1, 2, 3, 6    | 4                 |
|       | 1, 2, 3, 4    | 1396              |
|       | 3, 4, 6       | 19                |
|       | 2, 4, 6       | 27                |
|       | 2, 3, 6       | 30                |
|       | 2, 3, 4       | 35530             |
|       | 1, 4, 6       | 5                 |
|       | 1, 3, 6       | 8                 |
|       | 1, 3, 4       | 4147              |
|       | 1, 2, 6       | 11                |
|       | 1, 2, 4       | 5472              |
|       | 1, 2, 3       | 6606              |
|       | 1.+2.         | 29179             |

|  |       |        |
|--|-------|--------|
|  | 1.+3. |        |
|  | 1.+4. |        |
|  | 1.+6. |        |
|  | 2.+3. |        |
|  | 2.+4. |        |
|  | 2.+6. |        |
|  | 3.+4. | 106649 |
|  | 3.+6. |        |
|  | 4.+6. |        |

Datenbanken:

WISO

| Datum | Keywordkombis (2004-2015)  | Gefundene Studien |
|-------|--|-------------------|
| Wo 6  | 1, 2, 3, 4, 6  | 649               |
|       | 3.+4.  | 4554              |
|       | group therapy AND (depress* OR schizophren*) AND effect* AND occupation* | 36                |

Datenbanken:

Web of Science Core Collection

| Datum | Keywordkombis   | Gefundene Studien |
|-------|---|-------------------|
| Wo 7  | 1, 2, 3, 4, 6   | 1193              |
|       | 2004-2015   | 870               |
|       | 1 (topic), 2 (topic), 3 (title), 4 (topic), 5 (topic) | 17                |

## Die 126 Inkludierten Studien nach dem ersten Selektionsprozess

| Titel   | Autor/en   | ja | nein | Evt. | Bemerkung |
|---|--|----|------|------|-----------|
| "Baking gives you confidence": users' views of engaging in the occupation of baking   | Haley, Lesley; McKay, Elizabeth Anne   |    |      | X    | 2004      |
| [A pilot study on the effectiveness of a group-based cognitive-behavioral therapy program for coping with auditory hallucinations]. | Mortan O , Tekinsav Sütçü S and German Köse G                                  | X  |      |      |           |
| [Clinical and therapeutic characteristics of social phobia in French psychiatry (Phoenix study)]. [French]                          | Pelissolo A. Huron C. Fanget F. Servant D. Stiti S. Richard-Berthe C. Boyer P. |    |      | X    |           |
| A group social skills training program with psychiatric patients: Outcome, drop-out rate and prediction.                            | Van Dam-Baggen, Rien; Kraaimaat, Floor.  | X  |      |      |           |
| A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy.   | Kösters, Markus; Burlingame, Gary M.; Nachtigall, Christof; Strauss, Bernhard  |    |      | X    |           |

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| A randomized trial of a group based cognitive behavior therapy program for older adults with epilepsy: the impact on seizure frequency, depression and psychosocial well-being                | McLaughlin, Deirdre P.; McFarland, Ken   | X |  |   |  |
| A randomized, controlled clinical trial: the effect of mindfulness-based cognitive therapy on generalized anxiety disorder among Chinese community patients: protocol for a randomized trial. | Wong SY, Mak WW, Cheung EY, Ling CY, Lui WW, Tang WK, Wong RL, Lo HH, Mercer S, Ma HS. |   |  | X |  |
| A Study of the Effectiveness of Certain Occupational Therapy Group Techniques in the Assessment of the Acutely Disturbed Adult Psychiatric Patient.   | B Crouch, Rosemary   | X |  |   |  |
| An Effectiveness Study of Group Therapy for Anxiety Disorders   | Van Ingen, Daniel J.; Novicki, David J.  |   |  | X |  |
| An evaluation of the impact of a social inclusion programme on occupational functioning for forensic service users  | Fitzgerald M   |   |  | X |  |

|   |   |   |  |   |      |
|---|---|---|--|---|------|
| Application of the psychoeducational approach in an occupational therapy group for women with depression                          | Ziv N   |   |  | X |      |
| Art therapy for schizophrenia or schizophrenia -like illnesses  | Rachel Ruddy and David Milnes                         |   |  | X |      |
| Audit of a Group Programme for Inpatients in an Acute Mental Health Setting   | Parkinson S   |   |  | X |      |
| Awareness and coping with emotion in schizophrenia: acceptability, feasibility and case illustrations.                            | Caponigro JM, Moran EK, Kring AM, Moskowitz JT        | X |  |   |      |
| Being in a Secure Forensic Psychiatric Unit: Every Day is the Same, Killing Time or Making the Most of It.                        | Farnworth L, Nikitin L, Fossey E                      | X |  |   | 2004 |
| Booster Sessions after Cognitive-Behavioural Group Therapy for Panic Disorder: Impact on Resilience, Coping, and Quality Of Life. | Wesner AC, Gomes JB, Detzel T, Guimarães LS, Heldt E. |   |  | X |      |

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| Cognitive behavioural group therapy is moderately effective for depression, with continued effect for up to 6 months but not beyond.  | Currid, Thomas J   | X |  |   |  |
| Comparison of individual, group and combined intervention formats in a randomized controlled trial for facilitating goal attainment and improving psychosocial function following acquired brain injury | T. Ownsworth, J. Fleming, D. Shum, P. Kuipers and J. Strong                  |   |  | X |  |
| Comparison of the Effect of Group Transdiagnostic Therapy and Group Cognitive Therapy on Anxiety and Depressive Symptoms.   | Mohammadi, Abolfazl; Birashk, Behrooz; Gharaie, Banafsheh                    | X |  |   |  |
| Cost-effectiveness of guideline-based care for workers with mental health problems  | Rebergen DS , Bruinvels DJ , vanTulder MW , van derBeek AJ and vanMechelen W | X |  |   |  |
| Dance as a complex intervention in an acute mental health setting: a place 'in-between'   | Froggett L, Little R   |   |  | X |  |

|   |   |   |  |   |  |
|---|---|---|--|---|--|
| Depressive symptoms among Mexican medical students: High prevalence and the effect of a group psychoeducation intervention.                     | Melo-Carrillo A; Van Oudenhove L; Lopez-Avila A   |   |  | X |  |
| Design of an international multicentre RCT on group schema therapy for borderline personality disorder.   | Wetzelaer P, Farrell J, Evers S, Jacob GA, Lee CW, Brand O, van Breukelen G, Fassbinder E, Fretwell H, Harper R, Lavender A, Lockwood G, Malogiannis IA, Schweiger U, Startup H, Stevenson T, Zarbock G, Arntz A. | X |  |   |  |
| Dialectical behavior therapy: is outpatient group psychotherapy an effective alternative to individual psychotherapy?: Preliminary conclusions. | Gutteling, Barbara M.; Montagne, Barbara; Nijs, Maurits; van den Bosch, L.M.C. (Wies);  |   |  | X |  |
| Die Orientierungsgruppe: Ein Systemisch-lösungsorientierter Ansatz unter Einbeziehung der ausdruckszentrierten Methode                          | Gierig L, Hülsewiesche D  |   |  | X |  |
| Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: relation to symptoms and   | Eng W, Coles ME, Heimberg RG, Safren SA   |   |  | X |  |

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| response to cognitive-behavioral therapy.   |  |   |  |   |  |
| Effect an quality of life of multidisciplinary psycho-educational group interventions - A randomized controlled trial                                     | Fernandes, L (Fernandes, L); Fonseca, JA (Fonseca, JA); Costa-Pereira, A (Costa-Pereira, A); Delgado, L (Delgado, L); Martins, S (Martins, S); Moreira, A (Moreira, A); Feteira, A (Feteira, A); Abreu, V (Abreu, V); Vaz, M (Vaz, M); Castel-Brano, M (Castel-Brano, M) |   |  | X |  |
| Effect of a vocationally-focused brief cognitive behavioural intervention on employment-related outcomes for individuals with mood and anxiety disorders. | Kidd SA, Boyd GM, Bieling P, Pike S, Kazarian-Keith D.   | X |  |   |  |
| Effect of Group Music Activity as an Adjunctive Therapy on Psychotic Symptoms in Patients With Acute Schizophrenia  | Peng, Shu-Ming; Koo, Malcolm; Kuo, Jen-Che   | X |  |   |  |
| Effectiveness of Activity-Based Group Work in Community Mental Health: A Systematic Review  | Bullock A, Bannigan K  | X |  |   |  |
| Effectiveness of cognitive behavioral group therapy for   | Thimm, Jens C.; Antonsen, Liss   | X |  |   |  |

|  |   |  |  |   |  |
|--|---|--|--|---|--|
| depression in routine practice   |   |  |  |   |  |
| Effectiveness of Integrated Body-Mind-Spirit Group Intervention on the Well-Being of Indian Patients With Depression: A Pilot Study. | Sreevani, Rentala; Reddemma, Konduru; Chan, Cecilia L. W.; Leung, Pamela Pui Yu; Wong, Venus; Chan, Celia Hoi Yan |  |  | X |  |
| Effectiveness of integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia patients: a research update.                               | Roder V, Mueller DR, Schmidt SJ.  |  |  | X |  |
| Effectiveness of the cognitive differentiation program of the integrated psychological therapy: group versus individual treatment.   | Ruiz JC; Fuentes I; Roder V; Tomás P; Dasí C; Soler MJ  |  |  | X |  |
| Effectiveness of the relaxation response-based group intervention for treating depressed chinese american immigrants: a pilot study. | Yeung A, Slipp LE, Niles H, Jacquart J, Chow CL, Fava M, Denninger JW, Benson H, Fricchione GL.                   |  |  | X |  |
| Effects of Resource-Building Group Intervention on Career Management and Mental Health in Work Organizations:                        | Vuori, Jukka; Toppinen-Tanner, Salla; Mutanen, Pertti   |  |  | X |  |

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| Randomized Controlled Field Trial   |  |   |  |   |  |
| Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) program: study protocol for a randomized controlled trial.         | van den Bosch LM, Sinnaeve R, Hakkaart-van Roijen L, van Furth EF. |   |  | X |  |
| Evaluating an occupation-focused group for carers of people with mental health conditions   | Levins, K.; Bodell, S.; Hook, A.                                   | X |  |   |  |
| Evaluation of a Brief Behavioral Activation Therapy for Depression (BATD) group protocol in an inpatient geriatric psychiatry facility  | Norton, Misti Johnson.   |   |  | X |  |
| evaluation of the effects of individual and group cognitive behavioural therapy and of psychiatric rehabilitation on hopelessness of depressed adults: a comparative analysis | R. M. GUDMUNDSDOTTIR1 RN MSc & M. THOME2                           | X |  |   |  |

|  |  |   |  |   |  |
|--|--|---|--|---|--|
| Going beyond: an adventure- and recreation-based group intervention promotes well-being and weight loss in schizophrenia.  | Voruganti LN, Whatham J, Bard E, Parker G, Babbey C, Ryan J, Lee S, MacCrimmon DJ  |   |  | X |  |
| Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: a randomised controlled trial (MATISSE).   | Crawford MJ, Killaspy H, Barnes TR, Barrett B, Byford S, Clayton K, Dinsmore J, Floyd S, Hoadley A, Johnson T, Kalaitzaki E, King M, Leurent B, Maratos A, O'Neill FA, Osborn D, Patterson S, Soteriou T, Tyrer P, Waller D and MATISSE project team | X |  |   |  |
| Group cognitive behavioral therapy for patients with generalized social anxiety disorder in Japan: outcomes at 1-year follow up and outcome predictors.            | Kawaguchi A, Watanabe N, Nakano Y, Ogawa S, Suzuki M, Kondo M, Furukawa TA, Akechi T.  |   |  | X |  |
| Group cognitive behavioural therapy for postnatal depression: a systematic review of clinical effectiveness, cost-effectiveness and value of information analyses. | Stevenson MD; Scope A; Sutcliffe PA; Booth A; Slade P; Parry G; Saxon D; Kalthenthaler E   |   |  | X |  |
| Improving recreational, residential, and vocational outcomes for   | Roder V, Zorn P, Müller D, Brenner HD  | X |  |   |  |

|  |  |   |   |   |  |
|--|--|---|---|---|--|
| patients with schizophrenia.   |  |   |   |   |  |
| Life skills programmes for chronic mental illnesses  | Patraporn Tungpunkom, Nicola Maayan and Karla Soares-Weiser  |   | X |   |  |
| Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups.                  | Dyck DG; Short RA; Hendryx MS; Norell D; Myers M; Patterson T; McDonell MG; Voss WD; McFarlane WR  |   |   | X |  |
| Mentally Disordered Offenders' Abilities in Occupational Performance and Social Participation.                       | Lindstedt, Helena; Söderlund, Anne; Stålenheim, Gunilla; Sjoden, Per-Olow  |   | X |   |  |
| Mentally disordered offenders' daily occupations after one year of forensic care.                                    | Lindstedt, Helena; Grann, Martin; Söderlund, Anne.   | X |   |   |  |
| Metacognitive training for schizophrenia: a multicentre randomised controlled trial.                                 | Briki M, Monnin J, Haffen E, Sechter D, Favrod J, Netillard C, Cheraitia E, Marin K, Govyadovskaya S, Tio G, Bonin B, Chauvet-Gelinier JC, Leclerc S, Hodé Y, Vidailhet P, Berna F, Bertschy AZ, Vandel P. |   |   | X |  |
| Moderating factors for the effectiveness of group art therapy for schizophrenia: secondary analysis of data from the | Leurent, Baptiste; Killaspy, Helen; Osborn, David P.; et al.   | X |   |   |  |

|   |                                   |   |   |   |  |
|---|-----------------------------------|---|---|---|--|
| MATISSE randomised controlled trial   |                                   |   |   |   |  |
| Monitoring the progress of young people's occupational performance in an inpatient mental health setting              | Schnell G                         |   |   | X |  |
| New Concept for Group Intervention in Occupational Therapy: Group Therapy and Therapy in a Group                      | Ben-Naeh E, Tal-Saban M, Keren N  | X |   |   |  |
| Occupational therapy for inpatients with chronic schizophrenia: a pilot randomized controlled trial.                  | Foruzandeh N and Parvin N         |   |   | X |  |
| Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings: a pilot randomized controlled trial. | Cook S, Chambers E and Coleman JH |   |   | X |  |
| Occupational Therapy Group Work in Psychiatric Settings   | Lloyd C, Maas F                   |   | X |   |  |
| Occupational Therapy in the practice of therapeutic groups and workshops with mental                                  | Bussola Montrezor, Janaina;       | X |   |   |  |

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| health patients [Portuguese].   |  |   |  |   |  |
| Occupational Therapy Interventions for Chronic Diseases: A Scoping Review                                       | Hand, Carri; Law, Mary; McColl, Mary Ann   | X |  |   |  |
| Patient Engagement Programs for Recognition and Initial Treatment of Depression in Primary Care.                | Kravitz, Richard L.; Franks, Peter; Feldman, Mitchell D.; Tancredi, Daniel J.; Slee, Christina A.; Epstein, Ronald M.; Duberstein, Paul R.; Bell, Robert A.; Jackson-Triche, Maga; Paterniti, Debora A.; Cipri, Camille; Iosif, Ana-Maria; Olson, Sarah; Kelly-Reif, Steven; Hudnut, Andrew; Dvorak, Simon; Turner, Charles; Jerant, Anthony |   |  | X |  |
| Patients' experience of groups in outpatient mental health services and its significance for daily occupations. | Sundsteigen B; Eklund K; Dahlin-Ivanoff S;   | X |  |   |  |
| Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact?         | Michalak, EE (Michalak, EE); Yatham, LN (Yatham, LN); Wan, DDC (Wan, DDC); Lam, RW (Lam, RW)   |   |  | X |  |
| Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: a     | Yildiz M, Veznedaroglu B, Eryavuz A, Kayahan B   | X |  |   |  |



|   |  |   |  |   |      |
|---|--|---|--|---|------|
| controlled study in Turkey.   |  |   |  |   |      |
| Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: improvement in functioning and experiential negative symptoms.                                  | Granholm E, Holden J, Link PC, McQuaid JR  | X |  |   |      |
| Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. | Gratz KL, Tull MT, Levy R.   |   |  | X |      |
| Randomized controlled trial evaluating the effect of an interactive group counseling intervention for HIV-positive women on prenatal depression and disclosure of HIV status.               | Kaaya, Sylvia F.; Blander, Jeffrey; Antelman, Gretchen; Cyprian, Fileuka; Emmons, Karen M.; Matsumoto, Kenji; Chopyak, Elena; Levine, Michelle; Fawzi, Mary C. Smith |   |  | X |      |
| Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder  | Schnurr, Paula P; Friedman, Matthew J; Foy, David W; Shea, M Tracie; Hsieh, Frank Y; Lavori, Philip W; Glynn, Shirley M; Wattenberg,                                 | X |  |   | 2004 |

|   |   |   |  |   |      |
|---|---|---|--|---|------|
|   | Melissa S; Bernardy, Nancy C                                |   |  |   |      |
| Relationships between occupational factors and health and well-being in individuals with persistent mental illness living in the community  | Eklund M, Leufstadius C                                     |   |  | X |      |
| Resource-enhancing group intervention against depression at workplace: who benefits? A randomised controlled study with a 7-month follow-up | Ahola, Kirs; Vuori, Jukka; Toppinen-Tanner, Salla; et al.   |   |  | X |      |
| Short-term effects of a cognitive-behavioural group therapy in social phobia: evaluation of sixty patients].                                | Camart N, André C, Trybou V, Bourdel MC.                    |   |  | X |      |
| Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change.   | Burlingame, Gary M., K. Roy Mackenzie, and Bernard Strauss. | X |  |   | 2004 |
| Social Skills Training as Nursing Intervention to Improve the Social Skills and Self-Esteem of Inpatients with Chronic Schizophrenia        | Ji-Min Seo, Sukhee Ahn, Eun-Kyung Byun, and Chul-Kweon Kim  | X |  |   |      |

|  |  |   |  |   |      |
|--|--|---|--|---|------|
| Stressbewältigungstraining (SBT) für psychisch kranke Menschen-- Pilotstudie in einer WfbM über ein Gruppenprogramm zur Unterstützung der beruflichen Rehabilitation.  | Hammer, M; Plossl, I; Hundsdoerfer, T  | X |  |   |      |
| Study protocol for a randomized controlled trial comparing mindfulness-based cognitive therapy with maintenance anti-depressant treatment in the prevention of depressive relapse/recurrence: the PREVENT trial. | Kuyken W, Byford S, Byng R, Dalgleish T, Lewis G, Taylor R, Watkins ER, Hayes R, Lanham P, Kessler D, Morant N, Evans A. |   |  | X |      |
| Successful Return to Employment Amongst People With Mental Health Difficulties: A Role for Occupational Therapy?   | Turner N   |   |  | X |      |
| Symptom reduction in PTSD using short-term group intervention  | Nazario, Ashley N; Roth, Sherry L; Reitman, Rebecca P.   |   |  | X |      |
| The Active Advice Pilot Project: Leisure Enhancement and Social Inclusion for People with  | Heasman D, Atwal A   | X |  |   | 2004 |

|   |   |  |  |   |  |
|---|---|--|--|---|--|
| Severe Mental Health Problems.  |   |  |  |   |  |
| The Cost-Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy Compared with Routine Primary Care for Women with Postnatal Depression in the UK | Stevenson, Matt D.; Scope, Alison; Sutcliffe, Paul A.   |  |  | X |  |
| The Effect of Cognitive Behavioral Group Therapy for Depression: A Meta-Analysis 2000-2010.   | Feng, Chiueng-Yi; Chu, Hsin; Chen, Chiung-Hua; Chang, Yu-Shiun; Chen, Tsai-Hwei; Chou, Yuan-Hwa; Chang, Yue-Cune; Chou, Kuei-Ru |  |  | X |  |
| The effect of early group psychotherapy on depressive symptoms and quality of life among residents of an apartment building for seniors       | Wang, Chien-Chuan; Tzeng, Dong-Sheng; Chung, Wei-Ching  |  |  | X |  |
| The effect of group music therapy on anxiety, depression and quality of life in older adults with psychiatric disorders.                      | Castelino, Ajay; Fisher, Mark; Hoskyns, Sarah; Zeng, Irene; Waite, Allyson  |  |  | X |  |
| The effect of group music therapy on quality of life for participants living with a severe and enduring mental illness.                       | Grocke D; Bloch S; Castle D   |  |  | X |  |

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders  | Oei, Tian P S; Dingle, Genevieve   | X |  |   |  |
| The effects of group improvisational music therapy on depression in adolescents and adults with substance abuse: a randomized controlled trial**. | Albornoz, Yadira   |   |  | X |  |
| The Experience of Participation in a Community Leisure Group for Young Men with serious Mental Illness.   | Brennan J, Dillon M  | X |  |   |  |
| The impact of psychosis on social inclusion and associated factors.   | Killaspy H. White S.<br>Lalvani N. Berg R. Thachil A. Kallumpuram S.<br>Nasiruddin O. Wright C.<br>Mezey G.    | X |  |   |  |
| The moderating effects of group cognitive-behavioral therapy for depression among substance users.  | Hunter, Sarah B.;<br>Witkiewitz, Katie;<br>Watkins, Katherine E.;<br>Paddock, Susan M.;<br>Hepner, Kimberly A. | X |  |   |  |
| The recovery of cognitive and social cognitive functioning in response to social cognition interaction training administered in                   | Reddy, L Felice  | X |  |   |  |

|   |  |   |   |   |  |
|---|--|---|---|---|--|
| community settings: A longitudinal study  |  |   |   |   |  |
| Treating major depression by creating positive expectations for the future: a pilot study for the effectiveness of future-directed therapy (FDT) on symptom severity and quality of life. | Vilhauer JS, Young S, Kealoha C, Borrmann J, IsHak WW, Rapaport MH, Hartoonian N, Mirocha J.                                   |   |   | X |  |
| Treating the ageing in a psychiatric hospital in Barbados -- the occupational therapy programme.  | Birch-Prescott C; Kumchy CC  | X |   |   |  |
| The Effect of Cognitive Behavioral Group Therapy for Depression: A Meta-Analysis 2000–2010  | Chiueng-Yi Feng, RN, MS, Hsin Chu, MD, PhD, Chiung-Hua Chen, RN, PhD, Yu-Shiun Chang, RN, MS, Tsai-Hwei Chen, RN, MS, Yuan-Hwa |   | X |   |  |

|  |  |   |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|
| (Re) Organization of daily life of individuals with chronic diseases based on group strategy | Tavares, Alessandra Antunes; Freitas, Luciana Mata de; Silva, Fabiana Caetano Martins; Sampaio, Rosana Ferreira. | X |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|

|   |   |  |   |   |  |
|---|---|--|---|---|--|
| 2010 essay competition winner: Transformation at a community mental health centre. [References].  | Kealy, David.   |  |   | X |  |
| 2020 Vision: Promoting participation, mental health and wellbeing through occupational therapy - What are we doing and where are we heading?      | Fossey, Ellie; Scanlan, Justin Newton   |  |   | X |  |
| Adaptation of Interpersonal Psychotherapy to Borderline Personality Disorder: A Comparison of Combined Therapy and Single Pharmacotherapy.        | Bellino, Silvio; Rinaldi, Camilla; Bogetto, Filippo.  |  |   | X |  |
| ADL skill profiles across three psychiatric diagnoses.  | Moore K; Merritt B; Doble SE  |  | X |   |  |
| Brief Motivational Counselling for Alcohol Abusers admitted to Medical Wards.   | McQueen J, Allan L, Mains D   |  |   | X |  |
| Change in quality of life and their predictors in the long-term follow-up after group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: a | Watanabe N. Furukawa TA. Chen J. Kinoshita Y. Nakano Y. Ogawa S. Funayama T. Ietsugu T. Noda Y. |  |   | X |  |

|  |   |  |  |   |  |
|--|---|--|--|---|--|
| prospective cohort study.  |   |  |  |   |  |
| Cognitive behaviour therapy for psychotic symptoms: a randomized controlled effectiveness trial.   | Krakvik B. Grawe RW. Hagen R. Stiles TC.  |  |  | X |  |
| Cognitive functioning, functional recovery, and quality of life: The effects of psychotic symptoms among individuals with bipolar disorder | Woogen, Michelle Gayle.   |  |  | X |  |
| Cognitive-behavioural group therapy versus guided self-help for compulsive buying disorder: a preliminary study                            | A. Muller, A. Arikian, M. de Zwaan and J. E. Mitchell   |  |  | X |  |
| Cost-Utility Analysis of a Collaborative Care Intervention for Major Depressive Disorder in an Occupational Healthcare Setting.            | Goorden, Maartje; Vlasveld, Moniek; Anema, Johannes; Mechelen, Willem; Beekman, Aartjan; Hoedeman, Rob; Feltz-Cornelis, Christina; Hakkaart-van Roijen, Leona |  |  | X |  |

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. [Review] | Chien WT. Leung SF. Yeung FK. Wong WK.                   |   |  | X |  |
| Dealing with real-life challenges: outcomes of a home-based occupational therapy intervention for people with severe psychiatric disability.                              | Lindström, Maria; Hariz, Gun-Marie; Bernspång, Birgitta; |   |  | X |  |
| Do client attributes moderate the effectiveness of a group cognitive behavioral therapy for depression in addiction treatment?  | Hunter SB; Paddock SM; Zhou A; Watkins KE; Hepner KA     |   |  | X |  |
| Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: a quantitative study.   | Karabulut, Hatice K; Dinç, Leyla; Karadag, Ayiße.        | X |  |   |  |
| Ergotherapie in der beruflichen Integration psychisch erkrankter Menschen   | Dielcher, S.; Höß, V.                                    |   |  | X |  |

|   |   |   |  |   |  |
|---|---|---|--|---|--|
| Exploring Mindfulness With Occupational Therapists Practicing in Mental Health Contexts                               | Reid, D, Farragher J, Ok C  |   |  | X |  |
| Exploring Social Participation of People with Cluster B Personality Disorders   | Lariviere, Nadine; Desrosiers, Johanne; Tousignant, Michel; Boyer, Richard                | X |  |   |  |
| Guided internet-delivered cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. | Paxling B , Almlöv J , Dahlin M , Carlbring P , Breitholtz E , Eriksson T and Andersson G |   |  | X |  |
| Health promotion in mental health care: perceptions from patients and mental health nurses.                           | Verhaeghe N. De Maeseneer J. Maes L. Van Heeringen C. Annemans L.                         |   |  | X |  |
| Implementation of an advanced occupational therapy assistant-led groups programme in aged care rehabilitation         | Cox RJ, Mills VJ, Fleming J, Nalder E   |   |  | X |  |
| It's the activity that counts: What clients value in psycho-educational groups  | Cowls J, Hale S   | X |  |   |  |

|  |   |   |   |   |      |
|--|---|---|---|---|------|
| Late-life depressive symptoms: Prediction models of change   | Garcia-Pena, Carmen; Wagner, Fernando A.; Sanchez-Garcia, Sergio; Espinel-Bermudez, Claudia; Juarez-Cedillo, Teresa; Perez-Zepeda, Mario; Arango-Lopera, Victoria; Franco-Marina, Francisco; Ramirez-Aldana, Ricardo; Gallo, Joseph J | X |   |   |      |
| Occupational Balance in People With Schizophrenia  | Bejerholm U   |   |   | X |      |
| Quality of Life: Questionnaires and Questions.   | Mooney, Annabelle   |   | X |   |      |
| Satisfaction with Daily Occupations: A Tool for Client Evaluation in Mental Health Care.   | Eklund, Mona  |   |   | X | 2004 |
| Social validation in group decision making: differential effects on the decisional impact of preference-consistent and preference-inconsistent information | Mojzisch, Andreas; Schulz-Hardt, Stefan; Kerschreiter, Rudolf; Brodbeck, Felix C.; Frey, Dieter   |   |   | X |      |
| Socio-economic correlates of relapsed patients admitted in a Nigerian mental health institution.   | Gbiri CA. Badru FA. Ladapo HT. Gbiri AA.  |   |   | X |      |

|  |  |   |   |   |  |
|--|--|---|---|---|--|
| The development of the Pictorial Thai Quality of Life.   | Phattharayuttawat S. Ngamthipwatthana T. Pitiyawanun B.  |   |   | X |  |
| The effectiveness of occupational performance outcome measures within mental health practice.                                    | Fuller, Kate   |   | X |   |  |
| The EPPIC follow-up study of first-episode psychosis: longer-term clinical and functional outcome 7 years after index admission. | Henry LP. Amminger GP. Harris MG. Yuen HP. Harrigan SM. Prosser AL. Schwartz OS. Farrelly SE. Herrman H. Jackson HJ. McGorry PD. |   |   | X |  |
| The life circumstances of persons with a psychiatric disability: a survey in a region in southern Sweden.                        | NORDSTRÖM, M.; SKÅRSÄTER, I.; BJÖRKMAN, T.; WIJK, H.   |   | X |   |  |
| What helps and hinders people with psychotic conditions doing what they want in their daily lives                                | Cook, Sarah; Chambers, Eleni   | X |   |   |  |
| Yoga therapy for schizophrenia. [References].  | Jha, Arun.   |   |   | X |  |
| Group dynamics in occupational therapy   | Sapani, J. & Wheble, L.  | X |   |   |  |

## EMED-Format

### Zusammenfassung und Würdigung der einzelnen Studien

#### Zusammenfassung der Studie:

#### An evaluation of the impact of a social inclusion programme on occupational functioning for forensic service users

| Einleitung  | Methode   | Ergebnisse   | Diskussion  |
|---|---|--|---|
| <p>In Grossbritannien ist soziale Inklusion eines der Grundprinzipien in der psychiatrischen Versorgung. Ergotherapie hat das Potential in der psychiatrischen Versorgung dieser Anforderung gerecht zu werden und diese Aufgabe zu erfüllen. Es existiert noch zu wenig Evidenz darüber, wie genau das in der Praxis umgesetzt werden kann. 2006 wurde ein soziales Inklusionsprogramm entwickelt (SIP).</p> <p><b>Ein Literaturreview wurde gemacht.</b></p> <p>SIP: SIP (Tabelle 1) wurde allen 62 Bezüglern in 4 psychiatrischen Langzeitstationen mit niedriger Sicherheitsstufe zugänglich gemacht. Zur herkömmlichen Behandlung hinzu kam Eins-zu-Eins Zielsetzung mit einem Ergotherapeuten und steigendes Gemeinschaftsengagement. Alle Bezüglern hatten wenig Einsicht und Engagement, mehr als die Hälfte hatte eine gewalttätige Vergangenheit und 46% einen Übergriffsindex. Zu Beginn wurde das SIP vom</p> | <p><b>Zweck der Evaluation:</b><br/>Es wurde die Fähigkeit, Betätigungen auszuführen verglichen zwischen der SIP-Gruppe (SIP und herkömmliche Therapie) und der Gruppe ohne (nur herkömmliche Therapie). Vor und nach der Intervention wurden die Betätigungsfertigkeiten mittels MOHOST gemessen. Es erklärte sich 24 bereit, am SIP teilzunehmen, während 19 ablehnten und weiterhin nur herkömmliche Therapie in Anspruch nahmen. Aus ethischen Gründen bekamen beide Gruppen Behandlung, aber nur die Interventionsgruppe SIP. Die SIP-Ziele wurden regelmässig evaluiert und geplant mit den Bezüglern, ohne festgesetzte Zeit. Alter, Geschlecht, Rasse, Diagnose (Schizophrenie, schizophreniform, bipolare Störungen) und Medikation wurden festgehalten. 43 von 62 Bezüglern liessen zu, dass ihre Daten in der Studie verwendet werden, 14 lehnten ab und 5 wurden aus der Klinik entlassen. Die ethische Prüfung wurde durch den NHS (National Health Service) Central Ethics angefragt und durch das „North Manchester Research Ethics Committee“ genehmigt. Auch von der Institution wurde die Studie genehmigt. Patienten wurden schriftlich informiert. Anonymität der Patienten wurde zu jeder Zeit gewahrt.</p> <p><b>Instrumente:</b><br/>Es wurde das MOHOST verwendet um einen Verlauf in den Bereichen Motivation, Performanz und Organisation von Betätigungsverhalten zu erfassen. Das MOHOST wurde gewählt, da es speziell dafür entworfen wurde, um ganzheitlich die Partizipation an Betätigung zu erfassen, ohne auf Symptome, Krankheit oder Behandlungsstatus einzugehen. Zudem ist es dazu gedacht, die Wirksamkeit von ergotherapeutischen Interventionen zu evaluieren. Der Therapeut schätzt den Klienten ein und bewertet die verschiedenen Items mit F (Facilitates), A (Allows), I (Inhibits) und R (Restricts). Um es statistisch zu erfassen haben die Autoren die Zahlen 4, 3, 2 und 1 gewählt.</p> <p><b>Umsetzung/Durchführung:</b><br/>Persönliche Daten über die Klienten wurden zu Beginn vom Hauptforscher aus Patientenakten erhoben. Der Hauptforscher war an den Interventionen nicht beteiligt, um die Ergebnisse nicht zu beeinflussen. Alle Ergotherapeuten erfassten jeweils 12</p> | <p>Es waren insgesamt 43 Teilnehmer (SIP-Gruppe n=24, TAU-Gruppe n=19); 84% waren männliche (SIP-Gruppe n=21, TAU-Gruppe n=15) und 16% weiblich (SIP n=3; TAU n=4) (Tabelle 3). Sie waren zwischen 21 und 59 Jahre alt mit einem Durchschnitt von 36.19 Jahren. Die TAU-Gruppe war minim älter mit einem Durchschnitt von 39.53 Jahren, während die SIP-Gruppe einen Durchschnitt von 33.54 Jahren. 86% der Teilnehmer hatte eine Schizophrenie diagnostiziert (n=37), 9% eine schizoaffektive Störung (n=4) und 5% eine bipolare Störung (n=2). 92% der SIP-Gruppe hatten eine Schizophrenie diagnostiziert (n=22), in der TAU-Gruppe 79% (n=15). In der TAU-Gruppe waren mehr Teilnehmer mit einer Stimmungskomponenten, 21% in der TAU-Gruppe, 8% in der SIP-Gruppe. Teilnehmer mit einer bipolaren Störung sind nur in der TAU-Gruppe repräsentiert. Medikamente wurden dokumentiert. Fast die Hälfte der Patienten hatte ein Übergriffsregister (46%, n=20). 46% waren es in der SIP-Gruppe (n=11) und in der TAU-Gruppe 47% (n=9). Da das Durchschnittsalter in der SIP-Gruppe tiefer war als in der TAU-Gruppe, wurde ein post-hoc t-test durchgeführt. Der Altersunterschied war nicht signifikant (t= -1.829, df=36.468 p=0.076). Die Prä-Interventions-SIP-Gruppe zeigte einen Durchschnitt von 66.29 und Prä-Interventions-TAU-Gruppe einen Durchschnitt von 63.26. <b>Der Post-Interventions-Durchschnitt verbesserte sich bei der SIP-Gruppe auf 72.50, während der Post-Interventions-Durchschnitt bei der TAU-Gruppe bei 61.26 lag. Die SIP-Gruppe hatte nach der Intervention einen höheren Durchschnitt als vorher, während die TAU-Gruppe sich verschlechterte.</b> Dies gilt auch für die Subskalen-Ergebnisse Motivation für</p> | <p>Diese Studie fand wenig Unterschied zwischen den beiden Gruppen vor der Intervention, jedoch danach. Dies äusserte sich in 4 von 6 Unterkategorien des MOHOST. Der Rehabilitationsprozess an sich kann die Übernahme von Fertigkeiten beeinträchtigen durch den Betätigungsentzug. Wenn die Bedingungen für Betätigungen verbessert werden und Aktivitäten zur Verbesserung von Fertigkeiten angeboten werden, können Rollen neu definiert, Gewohnheiten und Identität, sowie Motivation und Verhalten verbessert werden. Solch eine Möglichkeit bietet das SIP. Diese Studie fokussierte die Notwendigkeit, eine ergotherapeutische Intervention in einem forensischen Setting mit Evidenz zu belegen. Es existiert bereits Evidenz für Aktivitäten für soziale Inklusion, jedoch nicht zur Förderung der bewährten MOHO-Domänen, wie sie durch das MOHOST geprüft werden. Verbesserung in den Kategorien des MOHOST repräsentiert Fortschritt in Betätigungsfähigkeiten und einem Ergotherapieprogramm. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass ein SIP erfolgreich sein kann in der Verbesserung der Betätigungsperformanz von Bezüglern eines kriminaltechnischen Dienstes.</p> <p><b>Limitationen:</b><br/>Es war eine kleine Studie, auf 4 Langzeitstationen eingeschränkt. Die Teilnehmer wurden nicht randomisiert den Gruppen zugeteilt. Trotz einer Rekrutierungsrate von 69% war die Stichprobengrösse gering und somit auch die Generalisierbarkeit. Reproduktion dieser Studie könnte von längerer Durchführungszeit profitieren und mehr Teilnehmern. Statistisch gesehen waren die Ergebnisse der SIP-Gruppe bereits vor der Intervention besser und in der TAU-Gruppe waren mehr Personen mit einer Stimmungskomponenten in ihrer Krankheit. Dies kann die Resultate beeinflusst haben, Randomisierung könnte dies in einer zukünftigen Studie verhindern. Ein weiterer potentieller Einfluss war die Erfassung der MOHOSTs von Ergotherapeuten, die auch die SIP-Gruppen leiteten. Eine erneute Durchführung dieser Studie sollte deshalb unabhängige Personen zur Erfassung der</p> |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <p>Abteilungsleiter abgesegnet, da es finanziellen Aufwand mit sich zog. Es wurde an Sitzungen besprochen und alle Ergotherapeuten arbeiteten zusammen. Die Patienten wurden animiert, an immer komplexeren Aktivitäten teilzunehmen (beginnend mit Freizeit bis zu anspruchsvolleren arbeitsbezogenen Gruppen).</p> | <p>Klienten mit dem MOHOST und leiteten eine SIP-Gruppe, wobei sie nicht notwendigerweise Teilnehmer dabei hatten aus den 12 Erfassungen. Keiner der SIP-Ergotherapeuten war im Forschungsprozess (Recherche, Datenerhebung, Analyse) involviert, ausser in der Erfassung der MOHOST.</p> <p><b>Datenanalyse:</b><br/>Die Daten wurden mittels SPSS Version 17 analysiert (Forschungsprogramm). Alle Signifikanztests waren zweigerichtet. Beschreibende Statistik wurden für alle Variablen gemacht, jedoch entsprachen sie nicht den Bedingungen für parametrische Tests. Es wurden nicht-parametrische Mann-Whitney U-Tests durchgeführt bei allen Punktergebnissen um diese Fragestellungen zu beantworten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gab es Unterschiede in den MOHOST-Ergebnissen zwischen den beiden Gruppen vor der Intervention?</li> <li>2. Gab es Unterschiede in den MOHOST-Ergebnissen zwischen den beiden Gruppen nach der Intervention?</li> </ol> | <p>Betätigung, Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten und Prozessfertigkeiten. Beide Gruppen verbesserten sich in Betätigungsmuster und Umwelt, die SIP-Gruppe zeigte jedoch eine grössere Verbesserung. Nur in den motorischen Fertigkeiten zeigten beide Gruppen eine durchschnittliche Verschlechterung, wobei die TAU-Gruppe eine grössere Verschlechterung zeigte. Die Standardabweichung zeigt auf, dass beide Gruppen vor und nach der Intervention gleiche Variabilitätslevels hatten. Die Daten waren normalverteilt und es gab keine extremen Ergebnisse. Insgesamt hat die SIP-Gruppe signifikant bessere Ergebnisse erzielt nach der Intervention mit einem Durchschnittsrang von 26.67, gegenüber der TAU-Gruppe mit 16.11, <math>p &lt; 0.05</math> mit 0.006 (Tabelle 5). Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht signifikant vor der Intervention mit Durchschnittswerten von 23.17 (SIP) und 20.53 (TAU), <math>p &gt; 0.05</math> bei 0.493. In den Unterkategorien des MOHOST fanden sich keine signifikanten Unterschiede in 4 von 6 Kategorien vor der Intervention, jedoch danach (Tabelle 6).</p> | <p>MOHOSTs miteinbeziehen. Keine Veränderungen in den SIP-Sitzungen sind möglich.</p> <p><b>Stärken:</b><br/>Es war die erste Studie, die das MOHOST benutzt hat, um die Effektivität eines SIP zu evaluieren in einem forensischen Ergotherapieprogramm. Die Resultate zeigten signifikante Verbesserung in der Interventionsgruppe und obwohl die Stichprobengrösse klein war, war der Grad der Signifikanz viel versprechend. Zudem war es auch begünstigend zu sehen, dass in der Interventionsgruppe Personen mit Schizophrenie und solche mit einem Übergriffseintrag gut repräsentiert waren. Literatur zeigt auf, dass sich Menschen mit Schizophrenie signifikante Probleme damit haben, sich zu engagieren. Diese Studie zeigt, dass dies nicht notwendigerweise der Fall sein muss.</p> <p><b>Weiterführende Forschung:</b><br/>Die Studie wäre es wert, eine Nachuntersuchung darüber zu machen, wie die Langzeitwirkung ist und herauszufinden, wie sich die MOHOST-Ergebnisse über eine längere Zeit halten können. Es empfiehlt sich eine Reproduktion mit grösserer Stichprobe zu machen und mit einer randomisierten Einteilung, um Einflüsse zu vermeiden. Diese Studie hat keinen mentalen Status erfasst, kein Risikoprofil, Psychosen, Selbstwirksamkeit, Selbstbewusstsein und Selbstwert. Letztere drei verbessern sich laut Literatur durch soziale Inklusion und können Einsicht darüber bieten, wieso gewisse Bezüger erfolgreich in solche Programme integriert werden können und andere uneinsichtig bleiben. Diese Studie hat nur die Auswirkung auf die Betätigung erfasst, nicht jedoch auf die Erfahrung von sozialer Inklusion. Dies könnte man in einer weiteren Studie berücksichtigen.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b><br/>Als wachsende Spezialisierung in der Behandlung von Bezüger von kriminaltechnischen Diensten muss die Ergotherapie ihre Praxis mit Evidenz belegen. Die Ergotherapie hat eine Schlüsselrolle im Umgang mit dem Betätigungsentzug und den daraus resultierenden Defiziten in Motivation und Performanz. Diese Studie liefert erste Evidenz für die Rolle der Ergotherapie durch den Vergleich von zwei Gruppen in forensischer Praxis. Diese Studie folgert, dass soziale Inklusionsprogramme Betätigungsperformanz verbessern kann von Bezüger von kriminaltechnischen Diensten, deswegen wird SIP als eine Ergotherapieintervention empfohlen.</p> |
|--|---|--|--|



**Würdigung der Studie:**

| Einleitung   | Methode  | Ergebnisse   | Diskussion  |
|--|--|--|---|
| <p>Die Patientengruppe und das Interventionsprogramm wurden bereits in der Einleitung beschrieben, was in den Methodenteil gehört.</p> <p>Das Thema ist relevant für die Ergotherapie und für die Fragestellung des Reviews.</p> <p>Thema genügend mit weiterer Literatur untermauert.</p> | <p>Der Zweck der Studie sowie Fragestellungen hätte man in der Einleitung nennen können, wurde aber genügend beschrieben. Keine Hypothesen dazu aufgestellt. Es wurden zwei konkrete Fragestellungen aufgezählt.</p> <p>Es wurde eine ethische Prüfung durchgeführt.</p> <p>Ein genügend erprobtes Assessment wurde eingesetzt.</p> <p>Aufgrund der verschiedenen Messzeitpunkte hätte auch ein Wilcoxon-Test gemacht werden können. Die vorhandenen Daten und die Verteilung derer (nicht parametrisch, ordinalskaliert, Normalverteilung) sprechen jedoch für die gewählten Analysemethoden und beantworten die Fragestellung ausreichend.</p> <p>Gefahren der internen und externen Validität werden nicht kontrolliert/beschrieben/erwähnt.</p> <p>Es wurde keine Powercalculation oder Sample-Size-Calculation gemacht um die Stichprobengröße zu bestimmen.</p> <p>Eher kleine Stichprobengröße, nicht repräsentativ. Ab ca. 30 Teilnehmer wäre aussagekräftiger gewesen. Keine drop-outs.</p> <p>Die Kontrollgruppe ist angemessen in Diagnosen und Alter. Es wurde ein post-hoc t-test gemacht zur Überprüfung des Einflusses des durchschnittlichen Altersunterschieds.</p> <p>Die Ergebnisse können auf Klienten in psychiatrischen Langzeitstationen mit Schizophrenie und schizoaffektiven Störungen übertragen werden. Die Studie wurde in England durchgeführt.</p> <p>Datenerhebung nachvollziehbar, Methoden dafür bei beiden Gruppen gleich und vollständig.</p> <p>Messinstrumente scheinen zuverlässig, messen die beabsichtigten Ergebnisse. Validität wird nicht beschrieben. Es sei ein etabliertes Assessment. Möglicher Einfluss auf die Messergebnisse sei das Erheben von Therapeuten, die auch Forscher sind.</p> | <p>Die Ergebnisse sind ausreichend und nachvollziehbar beschrieben.</p> <p>Es wurden statistische Werte für alle Ergebnisse aufgezeigt.</p> <p>Signifikante Ergebnisse beschrieben.</p> <p>Resultate tabellarisch dargestellt und nachvollziehbar beschrieben.</p> | <p>Die Autoren erwähnen, dass es eine kleine Stichprobengröße war und deshalb die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden können. Potentielle Einflussfaktoren auf die Ergebnisse wurden von den Autoren erfasst und begründet, sowie konkrete Verbesserungsvorschläge gemacht.</p> <p>Die Relevanz für die Ergotherapie wird dargelegt.</p> <p>Resultate werden nicht einzeln diskutiert, verglichen oder auf die Fragestellung hin angeschaut.</p> <p>Es werden Erklärungen für die Hauptresultate gesucht.</p> <p>Stärken und Schwächen werden aufgewogen.</p> <p>Die Studie scheint wiederholbar im selben klinischen Setting.</p> <p>Die Ergebnisse können in die Praxis umgesetzt werden.</p> |

**Güte/ Evidenzlage:**

Objektivität nicht hoch weil: kleine Stichprobengröße, Forscher = Therapeuten, Güte des MOHOST nicht nachgewiesen, nicht randomisiertes Design.

Studie scheint reliabel, da wiederholbar.

Forschungsdesign angemessen = valide

**Zusammenfassung der Studie:****Going Beyond: An Adventure- and Recreation-Based Group Intervention Promotes Well-Being and Weight Loss in Schizophrenia**

| Einleitung  | Methode   | Ergebnisse  | Diskussion  |
|---|---|---|---|
| <p>Für Psychisch Kranke gibt es schon verschiedene therapeutische Interventionsangebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychoedukationale</li> <li>- Social skills training</li> <li>- Stress management techniques</li> <li>- CBT</li> </ul> <p>Nebst diesen Angeboten, verbleiben dem Gesundheitswesen entwicklungsfähige, unfertige Interventionen, welche verschiedene Schwierigkeiten aufzeigen.</p> <p>Diese Aspekte fragen nach einer neuartigen/ungewöhnlichen therapeutische Strategien und eine kreative Art von Dienstleistung. Diese Studie zeigt die Entwicklung und vorläufige Evaluation einer neuen Abenteuer- und Erholungs-/Entspannungs-basierten Therapieintervention.</p> <p>Die Aktivitäten der Abenteuer- und Erholungs-basierten Therapieintervention basieren auf dem Prinzip „learning by doing“. Der Mangel an motivation, strukturierte routine, selbstinitiative und physische Fitness sind Hindernisse für eine erfolgreiche Rehabilitation und Gesundheit für schizophrene. Bekannte Therapieinterventionen, welche sich auf CBTs stützen, zeigen nur wenig Erfolg. Mit dieser neuen Interventionsform (Abenteuer), soll die physische, psychologische und soziale Probleme der Schizos angesprochen werden.</p> <p>Die neue Intervention geht nach folgenden Prinzipien vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitäten welche durchführbar, verfügbar, ansprechbar, akzeptierbar, bezahlbar und effektiv sind.</li> <li>- Individuelle Aktivitäten sollten in ein strukturiertes therapeutisches package und in eine Gruppe über eine optimale Zeit integriert sein.</li> <li>- Die Intervention sollte ein zeitlimitierter Auftrag, empfänglich für eine objektive evaluation sein.</li> <li>- Der Prozess sowie Inhalt und Aufwand der Intervention sollten klar festgehalten werden, damit es reproduziert werden kann.</li> </ul> <p>Die Studie hat ein Winter sowie Sommer Programm zusammengestellt. Die Aktivitäten dauerten zwischen 1-3 ganze Tage. Geleitet wurde die Gruppe durch eine Recreationstherapeutin, Krankenschwester, sozialarbeiter und Ergo. Die Probanden wurden angehalten das Sommer (Juli-August), sowie das Winter(Januar-Februar) zu absolvieren.</p> | <p>Anhand eines prospektiven, case-control und pre-/post treatment designs untersuchten die Autoren die therapeutischen Vorteile.</p> <p>23 Teilnehmer waren in der Interventionsgruppe, 31 der auf der Warteliste stehenden erhielten die „normale“ Behandlung. Die Studie dauerte insgesamt 20 Monate. 8 Monate Intervention und 12 Monate nachträgliche Überwachung.</p> <p>Die Teilnahme an den „normalen“ Aktivitäten waren fakultativ.</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnose Schizophrenie</li> <li>- Klinisch stabil (6 Monate oder länger)</li> <li>- Stabiler physischer Gesundheitszustand.</li> </ul> <p>Alle Beteiligten mussten eine Einverständiserklärung unterschreiben.</p> <p>Assessments: GAF, PANSS, ASIS, SSTICS &amp; SIP wurden durch ein Interview zur Datenerhebung verwendet. Dies sind alles gut etablierte Assessments für verschiedene psychisch Kranke Klienten.</p> <p>Das Evaluationsteam war geblindet in Bezug auf den Behandlungsstatus. Die Teilnehmer waren jedoch nicht geblindet.</p> <p>Anhand von wiederholtem ANOVA wurden die Veränderungen in jedem Bereich analysiert. Mit dem Vergleich zwischen den Gruppen und über die Zeit.</p> <p>Um die Durchführbarkeit sowie die Akzeptanz der neuen Intervention zu bewerten, wurde die Hypothese, dass die neue Intervention im Vergleich zur „normalen“ Interventionen, signifikant effektiver, in der reduktion von symptomten und verbesserung kognitiver Fähigkeiten, Selbstwertgefühl und globale/allgemeine Funktionen über die 12 Monate nach der Intervention sei, aufgestellt.</p> | <p>Obwohl in beiden Gruppen mehr Männer präsent sind und das Alter eher Jung ist, gibt es keine Signifikanten Unterschiede zwischen den Beiden Gruppen in der Baseline in Bezug auf die Symptome und andere Outcome parameter. Die Anwesenheit der Interventionsgruppe liegt bei 97% und die der „normalen“ Gruppe bei 72%. An der Evaluation nahmen 100% der Teilnehmer teil.</p> <p>Über die Zeit zeigt sich in beiden Gruppen nur wenig Veränderung in Bezug auf die Symptome.</p> <p>In der Interventionsgruppe wurden geringe Veränderungen in den kognitiven Defiziten(SSTICS) und Funktion(SIP) festgestellt. Jedoch signifikante Veränderungen im Selbstwert(ASIS) und den globalen Funktionen(GAF). <math>P &lt; 0.05</math> im Vergleich von Baseline bis 12 Monate.</p> <p>Zudem zeigt sich in der Interventionsgruppe einen signifikanten Gewichtsverlust nach einem Jahr, wobei die „normale“ Gruppe einen geringen Gewichtsverlust aufweist.</p> <p>Zusätzlich wurden qualitative Aussagen der Klienten über die positiven Erfahrungen erhoben. Dies zeigte weitere Veränderungen in dem Gefühl zu etwas Fähig zu sein, der Nervenkitzel nach Veränderung/Abenteuer und die Entwicklung von gegenseitigem Vertrauen in die Gruppe und den Therapeuten.</p> <p>Die Teilnehmer der Interventionsgruppe meldeten auch eine Veränderung ihrer Sicht auf das Leben und setzten sich selbst neue Ziele(Studium fortsetzen oder nach Arbeit suchen).</p> | <p>Diese Studie zeigt auf, dass diese Art von Therapie, bei den Teilnehmern gut angekommen ist. Sie zeigt auch, dass die neue Intervention eine effektive Verbesserung im Selbstwert, kognitiven Fähigkeiten, psychosozialen Ausgleich(Abenteuer/Erholung) als ein veränderbares Ausmass hat.</p> <p>Der Effekt dieser neuen Intervention verlangt nach einem long-term RCT, mit einer grösseren Teilnehmerzahl.</p> <p>Die Outdoor und Erholungsaktivitäten, waren intuitiv ansprechend im Psychiatrie Setting. Auch wenn ihre Effektivität nicht ausdrücklich bekannt ist.</p> <p>Das Potential einer Abenteuer/Erholungs Therapie ist zweigeteilt. Für die Teilnehmer, zur Verbesserung des Selbstwerts, der Motivation und des Zugehörigkeitsgefühls. Und für das Team, ein fundiert besserer Rapport und überwinden von Barrieren der ausgelieferten Betreuung.</p> <p>Es wird vorgeschlagen, dass diese Abenteuer/Erholungs Aktivitäten als Mittel für unmotivierte, zurückhaltende und störrischen/ungehorsame angewendet wird. Damit auch diese etwas über ihre Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten lernen, sowie im Alltag zurecht zu kommen.</p> <p>In der Interventionsgruppe scheinen vor allem die Jüngeren einen Profit in der Identität, Allgemeinheit und Bruderschaft zu finden. Von der Identifizierung der Interessen, Hobbies und Fähigkeiten, und vom Erwerb von sozialen Skills, vom voneinander lernen und die Auflösung von Familienkonflikten.</p> <p>Eine Abenteuer/Erholungs Intervention fördert eine positive/vorteilhafte Haltung den Schwierigkeiten gegenüber und kann somit das Selbstvertrauen steigern, soziale Skills sowie fürs selbständige Leben verbessern, das Selbstbild steigern und das Verantwortungsgefühl verbessern.</p> |

**Würdigung der Studie:**

| Einleitung  | Methode  | Ergebnisse   | Diskussion   |
|---|--|--|--|
| <p><b>Forschungsfrage:</b><br/>Die Forschungsfrage ist in der Einleitung nicht klar definiert.<br/>Es wird jedoch ausgesagt, dass die potentiellen Vorteile dieser neuen Intervention untersucht werden sollen.</p> <p>Im Methodenteil wird dann noch zusätzlich zur Bewertung der Durchführbarkeit und Akzeptanz der Intervention eine Hypothese aufgestellt. Sie sagt aus, dass die neue Intervention im Vergleich zur „normalen“ Gruppe/Therapieform, signifikant effektiver ist im Outcome(reduzieren von Symptomen, verbessern von kognitiven Fähigkeiten, Selbstwertgefühl und globale Funktionen) nach den insgesamt 20 Monaten.</p> <p><b>Kontext/Literatur:</b><br/>Anhand einer Studie wird aufgezeigt was es alles für Therapieformen für psychisch kranke gibt und wo die Stärken/schwächen liegen. Mit 2 weiteren Studien wird erklärt wer den Slogan „learning by doing“ bekannt gemacht hat und wie dieser in die Schulen integriert wurde und dass es noch keinen Versuch gab, diese Therapieform im psychischen Setting für Schizophreniekranken zu integrieren. Es wurde jedoch mit keiner Studie begründet wieso diese neue Art von Therapie für Schizophrene von Vorteil sei. -&gt; gründet alles auf einer Annahme der Autoren?</p> <p>Aufbauende einleitung -&gt; roter Faden ersichtlich, jedoch keine Literatur zur Begründung für diese neue Therapieform.</p> <p>Intervention für die Ergotherapie und die Beantwortung der Fragestellung des Reviews teilweise relevant.</p> | <p><b>Design:</b><br/>Es wird ein prospectives Design(wahrscheinlich zur Überprüfung der Hypothese) verwendet, ein case-control Design (wieso?, wird doch nur für retrospektive Studien verwendet. Evt. Für den Vergleich zwischen den 2 Gruppen?) und ein pre- and posttreatment Design (Varianzanalyse nach ANOVA, wobei die Intervention die between-group variable darstellt und die Auswertungszeit die within-subject variable).</p> <p><b>Assessments für Datenerhebung:</b><br/>Die Assessments sind in verschiedenen psychologischen Institutionen gut etabliert. Es ist jedoch keine Validität oder reliabilität angegeben.</p> <p>Gefahren der internen und externen Validität wird nicht beschrieben.</p> <p>Kleine Stichprobengrösse, ab ca. 30 Probanden wäre aussagekräftiger.</p> <p>Die Ergebnisse können auf Personen mit Schizophrenie in stabilem Zustand angewendet werden. Die Studie wurde in Kanada durchgeführt.</p> <p>Es wurde keine sample size calculation oder power calculation durchgeführt zur Bestimmung der Stichprobengrösse.</p> <p>Keine drop-outs angegeben.</p> <p>Die Kontrollgruppe scheint angemessen für die Interventionsgruppe. Der Unterschied in Alter und der grosse Männeranteil in der Interventionsgruppe war statistisch nicht signifikant.</p> <p>Die Daten wurden von allen Teilnehmern und immer gleich erhoben.</p> <p>Das Evaluationsteam war geblindet in Bezug auf den Status der Teilnehmer.</p> <p>Keine ethische Prüfung gemacht? Oder ethische Aspekte diskutiert...</p> <p>Es wurden keine möglichen Einflussfaktoren auf die Ergebnisse genannt.</p> | <p>Die Ergebnisse sind präzise und tabellarisch dargestellt und beschrieben.</p> | <p>Limitationen werden folgende beschrieben: kleine Stichprobengrösse, partielle Verblindung, nicht randomisiert, die Studie sei nicht für alle Subgruppen von Schizophrenie effektiv, wahrscheinlich hätten nicht alle Einrichtungen das nötige Personal zur Durchführung einer solchen Intervention</p> <p>Es werden nicht alle Resultate diskutiert oder Erklärungen oder Alternativen dazu gesucht.</p> <p>Es findet kein Vergleich zu weiterer Literatur statt – generell sehr wenig Literatur in der ganzen Studie verwendet zur Begründung!</p> |

**Güte/ Evidenzlage:**

Objektivität scheint fragwürdig da Assessments nicht nachgewiesen valide und reliabel sind, keine Einflussfaktoren auf die Messergebnisse diskutiert werden.

Studie scheint reproduzierbar, jedoch keine Kenntnisse über Zuverlässigkeit der Messinstrumente, deshalb keine Aussage zur Reliabilität möglich.

Studiendesign angemessen, deshalb valide.

**Zusammenfassung der Studie:****Patients' experience of groups in outpatient mental health services and its significance for daily occupations**

| Einleitung   | Methode  | Ergebnisse   | Diskussion  |
|--|--|--|---|
| <p><b>Problembeschreibung:</b><br/>Ständig steigende Zahl von psychischen Problemen in der schwedischen Bevölkerung (z.B. Depression und Angststörungen). 20-40% der Bevölkerung haben psychische Probleme, 10-15% davon haben eine Indikation für eine Behandlung. Lange Beschreibung von ET-Gruppen (Vorteile, Inhalte, Ziele etc.). Es gibt noch keine Studien zu niederfrequenzierter Behandlung, nur über stationäre Behandlungen oder Tageskliniken etc.</p> <p><b>Zweck:</b><br/>Herausfinden, welche Erfahrungen ambulante Patienten mit Ergotherapiegruppen machen und welchen Einfluss diese auf ihre täglichen Aktivitäten hat.</p> | <p><b>Fokusgruppen-Methodologie:</b><br/>Gruppendiskussionen wurden verwendet um Daten zu einem ausgewählten Thema, in welchen die Teilnehmer Experten sind, zu generieren. Es werden offene Fragen gestellt, welche die Gruppenteilnehmer unter einander diskutieren, möglichst ohne Einbezug des Moderators. Homogenität gebildet aus gleichen Erfahrungen hilft der Gruppe dabei sich auszudrücken und die Diskussion zu stimulieren.</p> <p><b>Ethische Aspekte:</b><br/>Es wurde Kontakt aufgenommen zu behandelnden Ärzten und anderen für die psychiatrische Betreuung verantwortlichen Personen. Sie wurden nach Einwänden betreffend der Verfassung der Patienten gegen die Studienteilnahme gefragt – es wurden keine genannt. Die Teilnahme war freiwillig und die Patienten wurden mündlich und schriftlich informiert, konnten auch Fragen stellen vor der Entscheidung. Es wurden bereits bestehende Gruppen gewählt wegen der Vulnerabilität und um die Interaktion zu erleichtern.</p> <p><b>Teilnehmer und Vorgehen:</b><br/>Die Studie wurde in zwei ambulanten Psychiatriepflegeeinheiten durchgeführt mit Betätigung und Diskussion in Gruppen als Hauptmethoden in den Interventionen. Es wurden Patienten eingeschlossen welche in einer Gruppe waren, wo mindestens einer der Leiter ein ET ist, die in einer Gruppe sind, in der alle Mitglieder teilnehmen wollen und die mindestens schon seit zwei Monaten in dieser Behandlung sind (alle waren zwischen 5 und 29 Monaten in Behandlung). 14 Patienten im Alter zwischen 22 und 61 nahmen in 4 Gruppen teil. Zu Beginn hatten sich Männer und Frauen gemeldet, aber nur 1 Mann nahm an der Fokusgruppe teil. Keiner der Patienten hatte eine Psychose, die häufigsten Diagnosen waren Depression und Angststörungen. Alle lebten in ihrem Umfeld zu Hause und keiner ging zur Arbeit aufgrund ihrer Diagnose. Bei Gruppe 4 waren die Teilnehmer nicht aus einer bereits bestehenden Gruppe, kannten aber alle mindestens einen der anderen Teilnehmer bereits. Zwei Gruppen wurden vom Erstautor moderiert, die anderen beiden von einem Assistenten, denn die beiden letzten Gruppen waren im Behandlungszentrum, wo der Erstautor arbeitet. Die Diskussion dauerte 1,5h und wurde aufgenommen.</p> <p><b>Datenanalyse:</b><br/>Direkt nach der Diskussion hörten die beiden Moderatoren die Aufnahmen an und machten Notizen über ihre ersten Eindrücke. Die Tapes wurden wörtlich transkribiert und analysiert nach Krueger. Sie hörten sich die Aufnahmen mehrmals an und lasen die Transkripte.</p> | <p>Die Teilnehmer sahen einen Zusammenhang zwischen dem, was in den Fokusgruppen passierte und ihren täglichen Aktivitäten. Sie konnten teilweise den Übertrag in den Alltag machen, sie konnten durch die Reflexionen in der Gruppe ihre Kompetenzen und Möglichkeiten besser nutzen. Zwei Kategorien wurden diskutiert und mit Zitaten untermauert:</p> <p><b>Faktoren für eine positive Veränderung:</b><br/> <u>Timing:</u> Behandlung muss zur rechten Zeit anfangen und beendet werden und hätte in vielen Fällen früher angeboten werden sollen. Die Dauer hat auch Einfluss auf Erfolg, nicht zu kurz und nicht zu lang.<br/> <u>Zugehörigkeit:</u> Sie verbrachten gerne Zeit miteinander und fühlten sich in der Gruppe verstanden, denn sie haben alle in etwa die gleichen Erfahrungen mit Isolation etc. gemacht.<br/> <u>Beteiligung:</u> Beteiligung war abhängig vom Zustand der Patienten sowie der Energie. Wurde im Verlauf besser, je besser sie den Prozess verstanden und je besser der Gesundheitszustand wurde.<br/> <u>Herausforderung:</u> Man braucht Herausforderung, um sich weiterzuentwickeln. Die Herausforderung muss laufend angepasst werden bei Fortschritten. Es darf keine Überforderung sein.<br/> <u>Bedeutungsvolle Betätigung:</u> Eine Betätigung ist bedeutungsvoll wenn sie positive Gefühle auslöst, man sich ausdrücken kann, ein neues Verständnis entwickeln kann, Probleme klären und lösen, neue Gewohnheiten und Abläufe, Entspannung und Ablenkung von Problemen. Durch Teilnahme an bedeutungsvollen Betätigungen fühlten sich die Patienten stolz und zufrieden und nicht mehr dominiert von der Angst. Gruppenaktivitäten förderten Spontaneität, Humor, Energie und Selbstvertrauen, das half bei Selbstwirksamkeit und Wohlbefinden.<br/> <u>Ausgewogener Fokus auf die Krankheit:</u> Es sollen auch Stärken und positive Seiten fokussiert werden (z.B. durch Gruppenaktivitäten).</p> <p><b>Die Veränderung in täglichen Aktivitäten:</b><br/>Zu Beginn wagten die Patienten in der Gruppe mehr, dann auch zu Hause. Die Reflexion von Situationen, die andere erlebt hatten, half bei der eigenen Problemlösung im Alltag.<br/> <u>Zu managen:</u> Tägliche Aktivitäten zu managen gelang durch Teilnahme an Gruppenaktivitäten und die Reflexion darüber.</p> | <p><b>Methode:</b><br/>Eine qualitative Herangehensweise wurde gewählt. Bereits existierende homogene Gruppen hatte positiven Effekt auf die Interaktion in der Fokusgruppe. Vorwissen wurde benutzt um einander in die Diskussion miteinzubeziehen. Heterogenität war genug, um die Diskussion am Laufen zu halten. Die Atmosphäre war entspannt und die Diskussionen lebendig. Teilnehmer schätzten die Erfahrung der Fokusgruppen. Die kleinen Gruppengrößen machten es einfacher, dass alle in die Diskussion involviert wurden. Auch in Gruppe 4 waren die Diskussion lebendig. Kein neues Material tauchte in der 4. Gruppe auf, so können ausreichend Daten gesammelt werden. Keine eindeutige Schlussfolgerung kann gemacht werden und die Resultate müssen im Kontext gesehen werden. Es wurden keine Vorgaben von Geschlecht und Diagnose gemacht, deswegen sind die Resultate wahrscheinlich durch die Vorherrschaft der Frauen und der Diagnosen beeinflusst. Die Teilnahme an den Fokusgruppen zeigt bereits Ressourcen auf, die das Resultat beeinflussen haben. Dass der erste Autor in einem der Behandlungszentren angestellt ist kann die Objektivität der Analyse negativ beeinflussen, sein Vorwissen kann aber auch die Entwicklung von Fragen positiv beeinflussen. Dass zwei Moderatoren beteiligt waren, schien keinen Einfluss zu haben.</p> <p><b>Resultate:</b><br/>Es ist von Vorteil, wenn Patienten während der Ergotherapiegruppe zu Hause wohnen, da sie so immer wieder den Alltagsübertrag machen können, von der Gruppe in ihr natürliches Umfeld.<br/>Die Rolle des Ergotherapeuten ist wichtig, um die Klienten zu befähigen und zu coachen. Das Timing für eine OT-Gruppe ist wichtig, es ist aber noch unklar, wann genau anfangen und aufgehört werden soll. Es muss mehr Forschung betrieben werden.</p> |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <p>Passagen, die für die Fragestellung relevant waren, wurden herausgefiltert und kategorisiert. Zitate wurden ausgewählt zur Darstellung der Kategorien.</p> | <p>Sie lernten sich selber besser einzuschätzen und die eigene Zeit und Energie besser einzuteilen.<br/><u>Zu wagen</u>: Sie lernten sich selber besser kennen und akzeptieren, dadurch vergrößerte sich die Selbstsicherheit. Sie wagten mehr, ohne die Konsequenzen zu kennen.</p> |  |
|--|---|--|--|

**Würdigung der Studie:**

| Einleitung   | Methode  | Ergebnisse   | Diskussion  |
|--|--|--|---|
| <p>Guter evidenzbasierter Hintergrund, roter Faden vorhanden.</p> <p>Der Zweck der Studie wurde beschrieben. Keine Forschungsfrage.</p> <p>Studie beantwortet eine wichtige Frage für die Ergotherapie und das Review.</p> <p>Problem und Begründung klar beschrieben und mit Literatur untermauert.</p> | <p>Inhalt der Fokusgruppe ist nicht genau beschrieben. Es wurden Fragen formuliert, aber keine Beispiele dafür gegeben.</p> <p>Die Klienten, die Gruppen und deren Zusammensetzung wurden genau beschrieben.</p> <p>Die Analyse fand nach einer bestimmten genannten Methode statt. Vorgehen nachvollziehbar und klar.</p> <p>Fokusgruppeninterview angemessenes Design zur Beantwortung der Forschungsfrage/Zweck.</p> <p>Stichprobengrösse klein, jedoch bei qualitativen Designs angemessen.</p> <p>Ergebnisse können auf Personen mit Depression und Angststörung im ambulanten psychiatrischen Setting übertragen werden. Die Studie wurde in Schweden durchgeführt.</p> <p>Datensättigung wird nicht diskutiert.</p> <p>Standpunkt der Forscher, subjektiver Einfluss nicht beschrieben. Es wird beschrieben, dass die Diskussion möglichst ohne Einfluss des Moderators stattfinden sollte und das Strategien eingesetzt wurden, um dies zu vermeiden. Es wurde jedoch nicht beschrieben, welche Strategien und wie der Einfluss des Moderators verringert wurde.</p> <p>Ethische Aspekte wurden erwähnt, aber keine ethische Prüfung veranlasst.</p> | <p>Die Ergebnisse sind ausreichend exemplarisch mit Zitaten unterlegt. Es geht nicht aus der Beschreibung hervor, wie genau kategorisiert wurde.</p> <p>Die Ergebnisse sind nicht getrennt in Meinungen zu verbalen Ergotherapiegruppen und Betätigungsgruppen.</p> <p>Reichhalte Beschreibung.</p> <p>Sinnvolle Kategorisierung, verständlicher Inhalt.</p> | <p>Die Autoren sind sich der Tatsache bewusst, dass die Patienten, welche freiwillig an der Fokusgruppe teilgenommen haben, bereits gewisse Ressourcen mitbringen, da sie sich auf dieses Projekt eingelassen haben.</p> <p>Die Überzahl der Frauen wurde nicht diskutiert, könnte aber die Ergebnisse beeinflusst haben.</p> <p>Empfehlungen, sinnvolle Schlussfolgerung und Ergebnisse beschrieben.</p> <p>Relevant für die Ergotherapie.</p> |

**Güte/ Evidenzlage:**

Die Resultate wurden nicht kommunikativ validiert.

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit nicht gegeben, da nicht nachvollziehbar beschriebenes Vorgehen, Ergebnisse etc. (Keine Beispiele für Fragen oder ähnliches)., jedoch bestimmte Verfahren verwendet → keine Objektivität der Ergebnisse

Keine Verallgemeinerbarkeit möglich.

Studie relevant für die Ergotherapie

Es wurden keine Selbstreflexionen oder Selbstbeobachtungen der Forscher beschrieben.



**Zusammenfassung der Studie:****Craft activities in groups at meeting places: supporting mental health users everyday occupations**

| Einleitung   | Methode  | Ergebnisse  | Diskussion   |
|--|--|---|--|
| <p>Menschen geben ihrem Leben Sinn durch tägliche Arbeit, Fürsorge und Freizeitaktivitäten. Menschen mit psychischen Erkrankungen verlieren oft ihre täglichen Aktivitäten. Genesung sollte deshalb beim Alltag ansetzen und Interaktion zwischen den Patienten und deren Umwelt ermöglichen. In Norwegen gibt es sogenannte „meeting places“, welche niederschwellige Dienste anbieten. Diese Dienste werden nicht als Behandlung bezeichnet, aber sie bieten freiwillige Teilnahme an und assistieren den Menschen in der Handhabung ihrer täglichen Aktivitäten. Um dies zu erreichen bieten meeting places traditionelle Aktivitäten wie Handwerk an. Diese Studie beschäftigt sich mit einem dieser meeting places. Handwerk ist weit verbreitet und in der westlichen Kultur ist es Hobby für Männer und Frauen. Es gilt auch als Grundpfeiler der Ergotherapie. Diese Studie möchte evaluieren, wie die Teilnahme an handwerklichen Tätigkeiten in der Gruppe das Managen der täglichen Aktivitäten der Teilnehmer beeinflusst.</p> | <p><b>Forschungskontext:</b><br/>Es wurde ein ethnografisches Design fokussiert. Die Studie wurde in einem meeting place durchgeführt. Es gibt dort 4 Vollzeitangestellte (1 Ergotherapeut, 1 Aktivierungstherapeut, 2 Sozialarbeiter). Das Zentrum wurde täglich ca. von 30 Individuen besucht. Der Plan für die Handwerksgruppe wurde wöchentlich veröffentlicht. Es gab: Textiles, Holzarbeit, Malen und Glaswerk und Keramik. Die Teilnehmer besuchten das Zentrum freiwillig und zu selbst ausgesuchten Zeiten. Die Handwerksgruppe wurde entweder vom Ergotherapeuten oder dem Aktivierungstherapeuten geleitet. Die Gruppe traf sich jeweils für 2 stündige Sitzungen.</p> <p><b>Ethische Betrachtung:</b><br/>Die Studie wurde vom regionalen Komitee für medizinische und gesundheitliche Forschungs-Ethik (REK) und der Führung der öffentlichen Dienste geprüft. Die Forscher stellten sich und ihre Studie vor, die Patienten waren einverstanden. Da die Patienten ihre eigenen Geschichten evtl. auch nach der Depersonalisierung erkennen konnten, wurden die Patienten, um deren Anonymität zu wahren, mittels sozio-demografischer Daten beschrieben (Tabelle 1).</p> <p><b>Teilnehmer:</b><br/>9 Frauen, 3 Männer. Alle hatten lang andauernde psychische Erkrankungen, erhielten Invalidenrente und nahmen fast täglich an der Handwerksgruppe teil. Obwohl in meeting places keine Patientenakten angefertigt werden, kamen die psychischen Erkrankungen laut Personal wahrscheinlich von traumatischen Erlebnissen, Depressionen, Angststörungen, Einsamkeit oder manischer Depression.</p> <p><b>Datensammlung:</b><br/>Die ersten beiden Forscher stellten ihre Studie mündlich und mit Flyern an Treffen vor. Eine Zusammenfassung hing am Informationsbrett. Das Personal verteilte jedem neuen Besucher einen Flyer. Beobachtungen wurden vom ersten Autor während 4 Stunden an einem Tag in der Woche während 7 Monaten im Jahr 2011 gemacht.</p> | <p>Signifikant schien die Vertrautheit mit der Aktivität und der Gruppe. Die Reihenfolge der präsentierten Kategorien ist nicht zufällig. Die Autoren nahmen war, dass Handwerk in einer Gruppe Stabilität und Routine verlieh, was wiederum starken Einfluss auf die Entwicklung von Fertigkeiten und Fähigkeiten, als auch auf die Art, wie sie peer support erhielten und gaben.</p> <p><b>Das Ausüben von Handwerk in einer Gruppe förderte Stabilität und Routine:</b><br/>Besonders die Montage waren für viele Teilnehmer wichtig um die Wochenendkrisen zu überwinden. Dies wurde von den Autoren verstanden als Gefühl von Management, wenn sie bekannte Aktivitäten ausführten. Die Bedeutung durch Vertrautheit mit den Aktivitäten befähigte sie teilzunehmen und verlieh ihnen Stabilität im Leben. Manche Teilnehmer beschrieben ihr Leben als teilweise so chaotisch, dass sie sich hilflos fühlten. Sie ordneten ihr Leben durch die Teilnahme an den Gruppen und bekamen das Gefühl von täglicher Betätigung. Das Gefühl von Kompetenz in der Ausführung von Handwerk reduzierte zudem das Gefühl der Hilflosigkeit. Es war ihnen möglich, ihr Leben rund um die zu strukturieren. Sie konnten anderen von ihren täglichen Betätigungen erzählen und was sie geschafft hatten, dies war ein bedeutender Schritt weg von dem Gefühl von Unfähigkeit, hervorgerufen durch ihre psychische Erkrankung.</p> <p><b>Das Ausüben von Handwerk in Gruppen förderte Fertigkeiten und Fähigkeiten:</b><br/>Die Teilnehmer erfuhren Problemlösung durch das Aushandeln von Vorgehensweisen und dem Auswählen der richtigen Materialien. Der Ergotherapeut half bei der Arbeitsplatzeinrichtung (Licht etc.), um die Voraussetzungen für eine Entwicklung ihrer Fähigkeiten und ihre Selbständigkeit zu schaffen. Einfache Tätigkeiten, die nicht viel Konzentration erforderten, vereinfachte es den Teilnehmern in Konversation zu treten und sich zu sozialisieren. Enthusiastische</p> | <p>Die Studie war darauf ausgelegt herauszufinden, wie die Teilnahme an Handwerksgruppen die Art der Organisation ihrer täglichen Aktivitäten unterstützte. Das Hauptthema der Diskussion wird sein „Wieso Handwerk?“. Obwohl auch andere Aktivitäten Genesung fördern bei Menschen mit psychischen Erkrankungen, wird doch die heilende Bedeutung von Handwerk in der Literatur hervorgehoben. In Norwegen müssen Kinder 627 Stunden das Fach Handwerk besuchen, was allgemeine Beliebtheit und Vertrautheit damit vermuten lässt. Handwerk ist eine einschätzbare und bekannte Tätigkeit für die meisten Teilnehmer. Es könnte in zukünftigen Studien noch genauer die Geschlechter-Perspektive auf Handwerk untersucht werden. Die Ergebnisse verlinken das Ausüben von Handwerk mit dem Management von täglichen Aktivitäten. Das Handwerk gab ihnen Freude und Hoffnung. Eine neue Identität sowie neue Rollen wurden entwickelt (z.B. Künstler). Die Handwerksgruppe förderte auch Normalität, was Sozialisation und Partizipation förderte. Aus smalltalk entwickeln sich soziale Fertigkeiten. Die reine Anwesenheit garantierte keine Inklusion, aber die Vertrautheit mit dem Ausführen des Handwerks erleichterte small talk und wurde zu einer Art sozialen Leims für die Gruppe. Die meisten Teilnehmer lebten alleine, so wird realisiert, dass sie die Möglichkeit sozialen networkings schätzen, die in der Handwerksgruppe angeboten wird. Wir identifizieren uns mit dem was wir tun und produzieren. Die Teilnehmer wurden mehr aktiv im Treffen von Entscheidungen. Trotz der Altersunterschiede halfen sich die Teilnehmer gegenseitig bei der Überwindung von Problemen und schwierigen Lebensphasen. Dies zeigt die Verbindung zwischen Handwerk und sozialen Beziehungen auf. Gegenseitiges Feedback verbesserte ihr Selbstvertrauen.</p> <p><b>Methodologische Betrachtung, Limitationen und weitere Forschung:</b><br/>Dass der erste Autor sowohl als Forscher als auch als Teilnehmer agierte kann Limitation oder Stärke sein. Die grösste Stärke der Studie ist die Reichhaltigkeit des Materials. Viele Geschichten und Handwerksanlässe bezogen sich auf das gleiche Problem/Thema, so bestätigten viele Beobachtungen einander. Die Analyse dreier Parteien (1 Insider, 2 Outsider) könnte die Genauigkeit erhöht haben. Es besteht immer noch Bedarf an weiteren Studien zur Aufdeckung, Verständnis und Entwicklung von Strategien für die Behandlung von psychisch Erkrankten in Gesundheitsdiensten / Zentren. Die Studie befasste sich nicht mit individuellen Vorgeschichten oder Geschlecht, was noch Raum für weitere</p> |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  | <p>Diese machte er im Handwerksraum mittels Ausübung von Handwerk, Zusehen, Zuhören, Fragenstellen und Kommentierens. Der Autor verfolgte die Intiaven der Teilnehmer im Ausüben des Handwerks, notierte den thematischen Inhalt von Gesprächen. Die Sammlung von field notes entsprach den empfohlenen Richtlinien eines ethnografischen Designs. Die Notizen von insgesamt 85 Seiten wurden jeweils nach der Sitzung direkt auf einen Computer übertragen. Die Notizen hatten narrativen Charakter und wurden nach Tag, Anlass, erzählten Geschichten und Reflexionen strukturiert.</p> <p><b>Datenanalyse:</b><br/>Die Analyserichtlinien entsprachen paradigmatischer Analse, welche das Sammeln von Geschichten beinhaltet, aber auch das Entstehen von Kategorien daraus erlaubt. Paradigmatische Analyse ist verbreitet bei thematischen Analysen. Der erste Autor war für die Analyse verantwortlich, welche weiter mit den anderen Autoren diskutiert, erneut geschrieben und gemeinsam entwickelt wurde. Der erste und der dritte Autor waren „Aussenseiter“ in dem meeting place, während der zweite Autor ein „Insider“ war. Die schriftliche Erfassung wurde aus verschiedenen Perspektiven gelesen, um den globalen und den spezifischen Kontext zu erfassen, in welchen Ereignisse auftraten. In einem weiteren Schritt wurden wiederholte und gleiche Ereignisse sowie bedeutungsvolle Einheiten kategorisiert. Die Resultate wurden mit den Teilnehmern in einem anschliessenden Treffen diskutiert.</p> | <p>Zusammenarbeit entstand nach einem Kurs, geleitet von einer Textilkünstlerin. Die Teilnehmer bildeten danach eine regelrechte Produktionskette. Sie wurden zur Zusammenarbeit inspiriert und konnten so ihre kooperativen Fertig- und Fähigkeiten verbessern.</p> <p><b>Das Ausüben von Handwerk in der Gruppe förderte peer support:</b><br/>Die Teilnehmer schienen die Unterstützung, die sie in der Gruppe von anderen Teilnehmern und dem Personal erhielten zu brauchen und zu schätzen. Die Teilnehmer teilten Wissen und Erfahrung miteinander und berieten einander. Einige wurden Freunde und initiierten Aktivitäten ausserhalb des Zentrums. Die meisten Teilnehmer agierten sehr fürsorglich miteinander. Wenn jemand nicht auftauchte, wurde nach ihm gefragt. Dies alles schien den Teilnehmern ein Netzwerk an Sicherheit und Unterstützung in Beziehungen zu bieten. Ungezwungene Freude und Gelächter fand Platz in den Handwerksgruppen. So wurde peer support durch Handwerk gefördert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Teilnehmer eine starke Verbindung zu einander fühlten, während sie Handwerk ausführten. Das gemeinsame Handwerk förderte Interaktion, was Hospitalisationen vorbeugte und den Weg zur Genesung ebnete.</p> | <p>Studien lässt. Es sollten auch Interviews durchgeführt werden um herauszufinden, wie tägliche Aktivitäten organisiert werden können, wenn die Teilnehmer an ihr Zuhause gebunden sind.</p> <p><b>Klinische Empfehlungen:</b><br/>Diese Studie präsentiert den Wert und die Empfehlung, Handwerk in Gruppen bei Langzeit psychisch Erkrankten einzusetzen und wie dies die persönliche Fähigkeit, tägliche Aktivitäten zu managen beeinflusst. Es empfiehlt sich, bekannte Aktivitäten wie handwerkliche Tätigkeiten einzusetzen, da die Teilnehmer so mit wenig Unterstützung viel selbständig managen können. Die ergiebige Anpassung von bekannten Aktivitäten wie das Handwerk und der Profit von peer Unterstützung in der Förderung von Gesundheit und Rehabilitation könnte den Inhalt von Lehre und Praxis von Gesundheitsdiensten beeinflussen.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b><br/>Diese Studie zeigt auf wie die Ausübung von Handwerk in einer Gruppe in einem meeting place Stabilität und Routine, Fertig- und Fähigkeiten und peer Unterstützung bei Menschen mit psychisch Erkrankten gefördert hat. Es wird vermittelt Wissen über die Bedeutung von Handwerk und wie es als Aktivität für niederschwellige Partizipation erlebt werden kann, und wie die Teilnahme an Handwerk mit peers das Management von täglichen Aktivitäten unterstützt. Teilnehmer beschrieben die Aktivität als das, was sie brauchten, um nicht re-hospitalisiert zu werden. Sie betrachteten Handwerk als einen Weg zur Genesung. Aus allen Perspektiven ist Handwerk von signifikanter Bedeutung für Genesung und Gesundheitsförderung.</p> |
|--|---|---|--|



**Würdigung der Studie:**

| Einleitung   | Methode   | Ergebnisse   | Diskussion  |
|--|---|--|---|
| <p>Thematisch einleitende, literaturbasierte Einführung.</p> <p>Thema und Inhalt von hoher Relevanz für die Ergotherapie und das Review.</p> <p>Keine Forschungsfrage, aber Ziel klar beschrieben.</p> | <p>Es wurde eine ethische Prüfung gemacht sowie ethische Aspekte diskutiert.</p> <p>Ethnografisches Forschungsdesign schwer nachvollziehbar, deshalb nicht wiederholbar.</p> <p>Datenerhebung mittels Triangulation gemacht.</p> <p>Die Datenanalyse und Menge wurden nachvollziehbar beschrieben, sind glaubwürdig.</p> <p>Die Resultate wurden kommunikativ validiert.</p> <p>Stichprobe klein, jedoch für qualitative Forschung angemessen.</p> <p>Es wurden nur Vermutungen zu Diagnosen angestellt, deshalb kann die Studie so nicht wiederholt oder die Ergebnisse auf eine bestimmte Population übertragen werden.</p> | <p>Resultate immer wieder mit Zitaten unterlegt.</p> <p>Kategorien sinnvoll und verständlich.</p> <p>Reichhaltig beschriebene Ergebnisse. Widerspiegeln methodologisches Vorgehen.</p> | <p>Wo sind die 7 Diskussionspunkte???</p> <p>Limitationen ausreichend beschrieben.</p> <p>Diskussion leistet Beitrag zum besseren Verständnis der Ergebnisse.</p> <p>Ziel der Studie erreicht und beschrieben.</p> <p>Ergebnisse sind sehr relevant für die Ergotherapie und das Review.</p> <p>Empfehlungen wurden abgegeben.</p> <p>Schlussfolgerung klar, sachlogisch und nachvollziehbar beschrieben.</p> |

**Güte/ Evidenzlage:**

Die Resultate wurden kommunikativ validiert.

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit nicht gegeben, da nicht nachvollziehbar beschriebenes Vorgehen, Ergebnisse etc. (Keine Beispiele für Fragen oder ähnliches)., jedoch bestimmte Verfahren verwendet → keine Objektivität der Ergebnisse

Keine Verallgemeinerbarkeit möglich, da keine Patientenakten vorhanden waren und diese Zentren Länderspezifisch sind.

Studie relevant für die Ergotherapie

Es wurden keine Selbstreflexionen oder Selbstbeobachtungen der Forscher beschrieben, der Einfluss des Beobachters wurde nicht reflektiert. Evt. verhielten sich die Teilnehmer nicht gleich wie sonst. Wobei ethische Aspekte ausführlich diskutiert wurden

**Zusammenfassung der Studie:****'Baking Gives You Confidence': Users' Views of Engaging in the Occupation of Baking**

| Einleitung   | Methode  | Ergebnisse  | Diskussion  |
|--|--|---|---|
| <p>In der Ergotherapie ist kochen und backen als Therapieinhalt weit verbreitet. Sie bieten für verschiedene Zwecke eingesetzt werden, einschliesslich Entwicklung von Fertigkeiten für ein unabhängigeres Leben, Freizeit- oder Arbeitsaktivität und, wichtig, die Möglichkeit für soziale Interaktion. Backen kann vielseitig eingesetzt werden da es simpel oder komplex sein kann und in vielen Kontexten einsetzbar ist. Eine Betätigung auszuüben ist für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen mit steigender Motivation und Sinnstiftung durch Organisation der eigenen Zeit. Studien beleuchten die Wichtigkeit von Betätigung in der Behandlung von psychiatrischen Patienten. Der akut-stationären Bereich entspricht nicht den individuellen sozialen und therapeutischen Bedürfnissen. Patienten fühlen sich verletzlich, gelangweilt und isoliert während des Behandlungsprozesses. Es existiert noch keine Studie nur zum Thema backen oder kochen. Aufgrund der limitierten Ergebnisse aus der Literatur stellt sich</p> | <p>Es wurde eine qualitative Studie durchgeführt mit semi-strukturierten Interviews. So wurden die Betätigungserfahrungen von Patienten ermittelt. Die semi-strukturierten Interviews beinhalten eine Reihe von Themen, inklusive dem Verständnis von therapeutischen Zweck und Zielen sowie von Zweck und Struktur der Backgruppe und die Sicht auf die Gruppenenerfahrung. Die Genehmigung für die Studie wurde vom Ethikkomitee der Brunel Universität und vom Ethikkomitee der lokalen Gesundheitsautorität erteilt. Die Patienten hielten schriftlich ihre Einverständniserklärung fest, worin stand, dass die Teilnahme freiwillig war und sie jederzeit aussteigen konnten. Es machten 10 Männer und 2 Frauen mit zwischen 21 und 64 Jahren. Sie waren alle stationär auf einer Akutstation und hatten an einer Backgruppe der Ergotherapie teilgenommen. Sie repräsentieren das natürliche Geschlechterverhältnis solcher Gruppen. Sie hatten alle mindestens an einer Backeinheit teilgenommen und durchschnittlich an zwei. Die Interviews wurden transkribiert. Das Datenset wurde zunächst mit einer Vorlage analysiert, um die bedeutenden Einheiten zu identifizieren. Dies wurde weiterentwickelt mittels einer Konzeptkarte um gleiche</p> | <p>Die Sicht der Patienten wurde mit vier Themen festgehalten.</p> <p>„Nicht wieder Scrabble spielen“:<br/>Dieses Thema repräsentiert die Wichtigkeit der Teilnahme an bedeutungsvollen Aktivitäten. Es war wichtig, dass solche Aktivitäten Platz finden, am besten weg von der Station. Für Patienten war es schwierig, die Motivation zu finden, den eigenen Tag zu strukturieren. In eine produktive Betätigung involviert zu sein bedeutet für die Patienten Sinngebung und die eigene Zeit zu strukturieren.</p> <p>„Schokoladenchipkekse kommen nicht nur in Boxen“:<br/>Dieses Thema betrachtet die Beschreibung der Teilnehmer von der Ausführung von produktiven Betätigungen, der Entwicklung von Kompetenzen durch das Erlernen neuer Fertigkeiten, den Umgang mit Herausforderungen und die Freude über deren Bestehen. Backen erhöhte die Konzentration, die Koordination, bildete Selbstvertrauen und vermittelte ein Gefühl des Bestehens durch Herstellung eines Endproduktes.</p> <p>„Vergangene, gegenwärtige und zukünftige Weihnacht“:<br/>Hier wurde Zweck und Ziel der Ergotherapie und das Verständnis der Teilnehmer darüber betrachtet. Die meisten Teilnehmer konnten erklären, wieso sie an der Sitzung teilgenommen haben. Sie wurden über ihre Meinung zur Zusammensetzung des Ergotherapieprogrammes gefragt und über mögliche Veränderungen. Die Mehrheit glaubte, dass ihre Meinung nicht von viel Bedeutung war und das Programm nicht angepasst werden würde.</p> <p>„zu viele Köche“:<br/>Dies zeigt die Wichtigkeit einer therapeutisch wertvollen Umgebung auf. Umwelteinflüsse spielen eine grosse Rolle in der Anregung der Motivation der Patienten. Eine einladende Atmosphäre, frei von Druck, war wichtig für die Motivation zur Teilnahme. Einige hatten ein Gefühl von Zugehörigkeit zur Gruppe, aber nicht alle. Die Gesellschaft der anderen zu geniessen und die Möglichkeit gemeinsame Interessen zu diskutieren wurden geschätzt.</p> <p>Der Tag und die Zeit waren von Wichtigkeit für die Mehrheit der Teilnehmer. Sie identifizierten Schwierigkeiten mit dem Aufstehen am Morgen und bevorzugten deshalb die</p> | <p>Die kleine Studie illustriert, dass die Teilnehmer den Wert einer Backgruppe wahrgenommen haben und bezeichneten es als eine bedeutungsvolle und produktive Erfahrung.</p> <p>Vorteile / Gewinn:<br/>Die Teilnahme an der Aktivität Backen wurde von den Teilnehmern als sinngebend und als eine reale und konkrete Art ihre Zeit zu füllen beschrieben. Etwas weg von der Station zu tun schien ein Grund dafür zu sein, an der Aktivität Backen teilzunehmen. Die Teilnehmer identifizierten ihr Bedürfnis ihre Zeit auf eine sinnvolle Weise zu füllen. Backen erfüllte teilweise die Bedürfnisse von einigen Klienten. Backen erhöhte die Konzentration, verbesserte die Koordination und bildete Selbstvertrauen, was zu einem besseren Selbstwertgefühl führte. Zudem verlieh es ein Gefühl von Wohlbefinden und Kompetenz. Backen kann ein therapeutisches Zusammentreffen sein, um die Erfahrung von Erfolg und eine verbesserte Funktionsfähigkeit zu fördern. Es bildet Selbstvertrauen durch das Erlernen und Entdecken von Fertigkeiten und den Umgang mit Herausforderungen, dabei erhöht es das Selbstwertgefühl. Die Klienten erzählten davon, was sie gemacht hatten, drückten ihren Stolz über ihre Arbeit aus.</p> <p>Die Umwelt:<br/>Der Kontext der Therapie spielte eine wichtige Rolle für die intrinsische Motivation. Alle Teilnehmer hatten die Freiheit zu wählen, was sie backen möchten, die Frequenz ihrer Anwesenheit in der Gruppe und die Länge der Teilnahmen während einer Sitzung. Dies fördert Empowerment und die Teilnahme an der Ergotherapie. Die Schaffung einer sicheren und druckfreien Umgebung schien die Klienten zu befähigen, die Erfahrung von positiver sozialer Interaktion in der Gruppe zu machen. Durch das Backen hatten die Teilnehmer eine Gemeinsamkeit, über die sie diskutieren konnten. In der Ergotherapie soll für die Klienten eine motivierende und herausfordernde Umgebung geschaffen werden, in der Verhalten angepasst werden kann und ein neues Betätigungsspektrum entstehen kann. Der Tag, die Zeit und die Dauer der Backgruppen waren für die Teilnehmer wichtig. Kochgruppen sind komplex und sollen lang genug sein, damit Zeit für Planung, Durchführung, das Aufräumen und das Essen sowie das gemeinsame Diskutieren der Ergebnisse bleibt.</p> <p>Methodenkritik:<br/>Die semi-strukturierten Interviews waren angemessen, da die Klienten so von ihrer eigenen Perspektive erzählen konnten. Die Forscher haben mit den Klienten gearbeitet, dies könnte einen Einfluss gehabt haben. Es wurden Strategien eingesetzt um diesen Effekt zu limitieren. Um die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse zu erhöhen wurden die Daten von einer Zweitperson analysiert und die Themen abgesegnet. Das Zeitlimit und die kleine Stichprobengrösse limitierten die Studie.</p> <p>Schlussfolgerung:<br/>Die Teilnahme an der Backgruppe war eine Möglichkeit Fertigkeiten zu lernen und eine produktive und erfolgreiche Erfahrung zu machen. Es war wichtig, Zeit in einer anderen</p> |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| folgende Forschungsfrage:<br>Wie ist die Perspektive von Nutzern von psychosozialen Gesundheitsdiensten? | Kategorien zu vereinen, was zur Identifikation folgender Themen führte. | Therapie am Nachmittag. Weil am Wochenende keine Ergotherapie angeboten wurde, waren viele der Teilnehmer motiviert am Backen am Freitag teilzunehmen, da es die letzte Aktivität vor dem Wochenende war. | Umgebung zu verbringen. Die Auswahl der Aktivitäten sollte patientengesteuert sein und in einer informellen, einladenden und nicht-therapeutischen Umgebung stattfinden. Vielleicht sollte Wochenendarbeit in Betracht gezogen werden. Es werden weitere Studien benötigt, um aufzudecken, ob die durchgeführte Therapie die Bedürfnisse der Klienten abdeckt im akut-stationären Bereich. Durch die Entwicklung von Fertigkeiten, das richtige Mass an Wahl und Herausforderung und Sinngebung durch Zielerreichung, wie im Backen, waren die Teilnehmer in der Lage an ihrem Selbstvertrauen und einem Gefühl von Kompetenz zu arbeiten. |
|--|---|---|--|

**Würdigung der Studie:**

| Einleitung  | Methode   | Ergebnisse   | Diskussion  |
|---|---|--|---|
| <p>Ziel und Hintergrund klar und nachvollziehbar beschrieben.</p> <p>Thema relevant für die Ergotherapie und für die Beantwortung der Fragestellung des Reviews.</p> <p>Forschungsfrage klar genannt.</p> | <p>Sehr kurzer Methodenbeschrieb, zu wenig ausführlich.</p> <p>Es werden keine Diagnosen beschrieben oder Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnehmer formuliert.</p> <p>Studie wurde ethisch geprüft.</p> <p>Teilnahme freiwillig, mögliche Beeinflussung der Resultate.</p> <p>Design angemessen.</p> <p>Kleine Stichprobengrösse, aber für qualitative Forschung angemessen.</p> <p>Ein Übertrag auf eine Population ist schwierig da keine Diagnosen beschrieben wurden. Genauso eine Reproduktion. Aus diesem Grund kann auch der Einfluss der Diagnosen auf die Ergebnisse nicht beurteilt werden oder ob die Teilnehmenden geeignete Informanten waren.</p> <p>Datenanalyse nach bestimmtem Vorgehen durchgeführt und referenziert, Interviews transkribiert. Vorgehen jedoch nicht beschrieben, nur genannt.</p> <p>Datensättigung nicht diskutiert.</p> <p>Eigener Einfluss der Forscher wird nicht diskutiert (eigene Meinungen, Philosophie).</p> <p>Forschungsmethode angemessen für die Beantwortung der Fragestellung nach den subjektiven Perspektiven der Teilnehmer.</p> | <p>Es wurden keine Zitate gemacht, ausser diejenigen, welche für die Titel ausgesucht wurden.</p> <p>Die Titel repräsentieren nicht unbedingt den Inhalt der Kategorien...</p> <p>Ergebnisse nicht reichhaltig genug dokumentiert.</p> | <p>Eigene Ergebnisse werden immer mit früherer Literatur untermauert oder verglichen.</p> <p>Es wird kein Bezug zur Mehrzahl der Männer gemacht.</p> <p>Kleine Stichprobengrösse.</p> <p>Analyse wurde von einer Zweitperson gemacht.</p> <p>Ein Forscher, welcher die Interviews durchgeführt hat, war gleichzeitig Therapeut der Klienten, dies könnte die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p>Ergebnis der Studie relevant für die Ergo und das Review.</p> <p>Schlussfolgerung klar.</p> <p>Motivation der Teilnehmer für die Backgruppen ist fragwürdig, da sie vielleicht nur deshalb teilgenommen haben, um von der Station wegzukommen, was aber wiederum die Wichtigkeit der Kontextfaktoren hervorhebt.</p> |

**Güte/ Evidenzlage:**

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit nicht gegeben, da nicht ausreichend beschriebenes Vorgehen, Ergebnisse etc., jedoch bestimmte Verfahren verwendet → keine Objektivität der Ergebnisse

Keine Verallgemeinerbarkeit möglich, da auch Diagnosen nicht beschrieben wurden.

Studie relevant für die Ergotherapie

Es wurden keine Selbstreflexionen oder Selbstbeobachtungen der Forscher gemacht.

Durch die semistrukturierten Interviews werden die Befragten nicht zu sehr eingeschränkt.

Die Ergebnisse wurden nicht kommunikativ validiert.